Supplemento ordinario n. 1 alla "Gazzetta Ufficiale" n. 168 del 21 luglio 1987 - Serie generale

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I (70%)

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA — Roma - Martedì, 21 luglio 1987 — SI PUBBLICA NEL POMERIGGIO DI TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

N. 68

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 giugno 1987, n. **289.**

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 giugno 1987, n. **290.**

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

SOMMARIO

LEGGI E DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 giugno 1987, n. **289**.

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che prevede una uniforme disciplina del trattamento economico e normativo del personale a rapporto convenzionale con le unità sanitarie locali mediante la stipula di accordi collettivi nazionali tra le delegazioni del Governo, delle regioni e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, in campo nazionale, delle categorie interessate;

Visto l'art. 9 della legge 23 marzo 1981, n. 93, concernente disposizioni integrative della legge 3 dicembre 1971, n. 1102, recante nuove norme per lo sviluppo della montagna, che ha integrato la suddetta delegazione con i rappresentanti designati dall'Unione nazionale comuni comunità enti montani (UNCEM), in rappresentanza delle comunità montane che hanno assunto funzione di unità sanitarie locali;

Visto l'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730;

Preso atto che è stato stipulato un accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 1978, con scadenza al 30 giugno 1988;

Visto il secondo comma dell'art. 48 della citata legge n. 833 sulle procedure di attuazione degli accordi collettivi nazionali;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri;

EMANA

il seguente decreto:

È reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riportato nel testo allegato.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 8 giugno 1987

COSSIGA

FANFANI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Visto, *il Guardasigilli:* ROGNONI
Registrato alla Corte dei conti, addì 27 giugno 1987
Atti di Governo, registro n. 66, foglio n. 13

ACCORDO

PREMESSA

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il S.S.N. demanda al medico convenzionato per la medicina generale compiti di medicina preventiva individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.

A tal fine, al medico iscritto negli elenchi per la medicina generale — che è parte attiva, qualificante e integrata del S.S.N. nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia — sono affidati in una visione promozionale nei confronti della salute, compiti di:

A) *Assistenza primaria,* essendo egli il primo ad affrontare i «problemi» del paziente e ad impostare un programma diagnostico e terapeutico ed eventualmente riabilitativo per la risoluzione degli stessi. All'uopo egli può utilizzare tutti i supporti che la tecnologia offre per un miglioramento delle possibilità diagnostiche e terapeutiche;

B) *Assistenza familiare,* riconoscendosi nella famiglia una componente essenziale della professionalità del medico generale e della tutela della salute;

C) *Assistenza domiciliare,* che permette di affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani, invalidi o ammalati cronici, di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero e di pazienti in fase terminale;

D) *Continuità assistenziale,* onde utilizzare i dati conoscitivi del paziente che derivano da una osservazione prolungata e dalla conoscenza della storia dell'assistito. Onde evitare l'interruzione di tale continuità deve essere istituzionalizzato un rapporto con lo specialista e con gli ambienti di ricovero;

E) *Assistenza preventiva individuale,* che ha come obiettivi la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria. Al medico di medicina generale possono essere affidati anche compiti di profilassi primaria individuale;

F) *Assistenza personale integrale,* essendo il medico di famiglia il medico della persona e non di un organo o di un apparato. Egli utilizza la consulenza specialistica al fine di un più preciso intervento diagnostico-curativo e coordina tutti gli interventi specialistici che vengono praticati sul paziente che a lui si è affidato;

G) *Ricerca,* sia in campo clinico che epidemiologico;

H) *Didattica,* sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione;

I) *Educazione sanitaria,* nei confronti dei propri pazienti.

Art. 1.

Campo di applicazione

La presente convenzione nazionale regola, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, che si instaura fra il Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale, iscritti negli elenchi di cui all'art. 5.

I rapporti libero-professionali che, ai sensi del presente accordo, i medici di medicina generale instaurano con le UU.SS.LL. per lo svolgimento di attività a rapporto orario e di guardia medica saranno regolati dagli accordi nazionali previsti dalle norme citate.

Art. 2.

Graduatorie

I medici da incaricare per l'espletamento delle attività disciplinate dal presente accordo sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale.

In attesa che venga data attuazione alla direttiva CEE n. 86/457 del 15 settembre 1986, che prevede il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale, i medici che aspirano all'iscrizione nelle gradutorie regionali devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domanda:

a) iscrizione all'albo professionale;
b) non aver compiuto il cinquantesimo anno di età.

Si prescinde dal requisito del limite di età per i medici che alla scadenza del termine di cui al comma precedente siano titolari, anche se in altra regione, di incarico disciplinato dal presente accordo.

Ai fini dell'inclusione nella graduatoria annuale i medici devono inviare, con plico raccomandato entro il termine del 30 giugno, all'assessorato alla sanità della regione in cui intendono prestare la loro attività, una domanda conforme allo schema allegato sub lettera *A*, corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 maggio.

Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonchè di titoli non presentati per la precedente graduatoria.

La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.

L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 3, previo parere obbligatorio del comitato di cui all'art. 37, predispone una graduatoria unica regionale da valere per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo il punteggio conseguito, le eventuali situazioni di incompatibilità e la residenza.

La graduatoria è resa pubblica il 15 ottobre sul Bollettino ufficiale della regione ed entro trenta giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'amministrazione regionale istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

La graduatoria regionale, previo parere obbligatorio del comitato ex art. 37 è approvata in via definitiva entro il 15 dicembre dalla amministrazione regionale e comunicata alle UU.SS.LL. e agli ordini provinciali dei medici della regione.

Art. 3.

Titoli per la formazione delle graduatorie

I titoli valutabili ai fini della formazione delle graduatorie sono elencati qui di seguito con l'indicazione del valore attribuito a ciascuno di essi:

I - *Titoli accademici e di studio:*

a) iscrizione all'albo professionale per ciascun mese (il punteggio è raddoppiato, punti 0,02 per mese di iscrizione negli albi professionali della regione ove è presentata la domanda) . . . . punti 0,01

b) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e lode . . . . » 1,00

c) diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109 . . . . » 0,50

d) diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104. . . . . » 0,30

e) specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella *B*:

per ciascuna specializzazione o libera docenza. . . . . » 2,00

f) specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella *B*, e successive modificazioni e integrazioni:

per ciascuna specializzazione o libera docenza. . . . . » 0,50

g) tirocinio abilitante svolto ai sensi della legge n. 148 del 18 aprile 1975 . . . . » 0,10

h) corsi di aggiornamento professionale in materie proprie delle aree funzionali di «Medicina generale» e di «Prevenzione e sanità pubblica - Organizzazione dei servizi sanitari di base», secondo la tabella *B* del decreto ministeriale 10 marzo 1983, di durata complessiva non inferiore a 30 ore, documentati da una attestazione di presenza e di profitto (non sono valutabili i corsi di aggiornamento obbligatorio per contratto o convenzione). I corsi sono valutabili se organizzati dal Servizio sanitario nazionale.

Alle medesime condizioni sono altresì valutabili i corsi tenuti da organizzazioni sanitarie private purché preventivamente accreditati con atto formale della F.N.OO.MM. e tale autorizzazione risulti nell'attestato finale:

per ciascun corso . . . . punti 0,10

(Identico punteggio è attribuito per la frequenza di corsi di cui all'art. 6, lettera *i)* del decreto del Presidente della Repubblica n. 882/84, che abbiano avuto inizio anteriormente alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo).

II - *Titoli di servizio:*

1) attività di medico di medicina generale convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78 compresa quella svolta in qualità di associato:

per ciascun mese . . . . punti 0,20

Il punteggio è elevato a 0,30 per mese per l'attività prestata nell'ambito della regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

2) attività di sostituzione del medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale solo se svolta con riferimento a più di cento utenti e per periodi non inferiori a cinque giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a cinque giorni):

per ciascun mese . . . . » 0,20

3) servizio effettivo di guardia medica svolta in forma attiva, anche a titolo di sostituzione, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78:

per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività . . . . » 0,20

(Per ciascun mese non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore);

4) attività di guardia medica svolta in forma di disponibilità e reperibilità ai sensi dell'accordo sottoscritto ex art. 48 della legge n. 833/78:

per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività . . . . » 0,05

5) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle regioni o dalle UU.SS.LL.:

per ciascun mese . . . . » 0,10

6) attività professionale prestata come medico dipendente da strutture ospedaliere pubbliche (compresa quella derivante da incarichi temporanei) o come medico militare:

per ciascun mese . . . . » 0,10

7) attività di medico svolta all'estero in medicina interna o disciplina affine ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38 e della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni:

per ciascun mese . . . . punti 0,10

8) attività professionale di medici di medicina generale svolta presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono:

per ciascun mese . . . . » 0,10

9) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:

per ciascun mese . . . . » 0,05

10) attività professionale diversa da quella considerata al punto 6), prestata come medico dipendente da amministrazioni pubbliche, per ciascun mese . . . . » 0,05

Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, le frazioni di mese superiori a quindici giorni sono valutate come mese intero.

I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto.

A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, il voto di laurea, l'anzianità di laurea e, infine, la maggiore età.

Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

Art. 4.

Incompatibilità

In attesa della regolamentazione legislativa della materia è incompatibile con l'iscrizione negli elenchi di cui al successivo art. 5 il medico che, fermo restando quanto previsto dal punto 6 dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si trovi in una delle posizioni di incompatibilità previste da leggi o da contratti di lavoro, o che:

a) abbia un impegno orario pari o superiore complessivamente a quello stabilito per i medici a tempo pieno dipendenti dal Servizio sanitario nazionale in conseguenza di rapporti di lavoro dipendente o convenzionato non incompatibili rientranti nell'ambito degli articoli 47 e 48 della legge n. 833/78;

b) svolga funzioni fiscali per conto della U.S.L. limitatamente all'ambito nel quale può acquisire scelte;

c) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;

d) svolga attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato;

e) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni;

f) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionati e soggetti ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78.

L'incompatibilità di cui alla lettera *f)* non opera nei confronti dei medici che presso le istituzioni ivi indicate svolgano unicamente attività libero-professionali con carattere di consulenza occasionale, che siano riferite a settori per i quali le istituzioni non sono convenzionate oppure attività di guardia medica e/o iniettoria e prelievo, essendo titolari di un numero di scelte non superiore al limite al di sotto del quale è compatibile l'attività di medico di medicina generale con quella di guardia medica, secondo quanto stabilito dall'accordo collettivo relativo a quest'ultimo settore.

Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o espleti funzione assimilabile a quest'ultima, fermo restando quanto previsto dal successivo art. 13 in tema di limitazione del massimale, non può acquisire scelte da parte dei dipendenti della medesima azienda o dei loro familiari.

L'insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità sopra descritte comporta la cancellazione dall'elenco di cui al successivo art. 5.

Art. 5.

Rapporto ottimale

Ciascuna U.S.L., anche ai fini dello svolgimento delle procedure di cui al precedente art. 3 cura la tenuta di un elenco dei medici convenzionati articolati per comuni o gruppi di comuni o distretti sulla base delle indicazioni del piano sanitario regionale o di altra denominazione della regione.

L'ambito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione non inferiore a 1500 abitanti.

Il medico operante in un comune comprendente più U.S.L., fermo restando che può essere iscritto nell'elenco di una sola U.S.L. che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte in tutto l'ambito comunale, ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Per ciascun comune o altro ambito definito ai sensi del primo comma può essere iscritto soltanto un medico per ogni mille residenti o frazione di mille superiore a 500, detratta la popolazione in età pediatrica, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

Nella determinazione del numero dei medici iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche delle eventuali limitazioni di massimale esistenti a carico dei singoli medici già iscritti nell'elenco, derivino esse dalla applicazione dell'art. 13 o dalla volontà dei medici; questi, tuttavia, non possono fissare per sè stessi massimale inferiore a 500 scelte. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima della scadenza del presente accordo.

In tutti i comuni dell'ambito territoriale di cui al primo e secondo comma e nelle zone con almeno 500 abitanti dichiarate carenti di assistenza, sentito il comitato consultivo di U.S.L., deve essere comunque assicurato un congruo orario di assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente del medico neo-inserito.

Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

In caso di modifiche di ambito territoriale il medico conserva tutte le scelte in suo carico, anche quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, fatto salvo il rispetto dei massimali o quote individuali e il diritto di scelta degli assistiti.

Art. 6.

Copertura delle zone carenti

Entro la fine dei mesi di marzo e di settembre di ogni anno ciascuna regione pubblica sul Bollettino ufficiale l'elenco delle zone carenti di medici di medicina generale convenzionati, individuate nel corso del semestre precedente nell'ambito delle singole UU.SS.LL. sulla base dei criteri di cui al presente articolo.

In sede di pubblicazione delle zone carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'U.S.L. può indicare il comune o la zona in cui ai sensi dell'art. 5, sesto comma, deve essere comunque assicurato un congruo orario di assistenza ambulatoriale.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi nelle zone carenti rese pubbliche secondo quanto stabilito dal primo comma che precede:

a) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici di medicina generale convenzionati istituiti nell'ambito regionale ai sensi dell'art. 5 ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti da almeno due anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per incarichi di guardia medica.

Qualora al medico già iscritto manchi uno dei requisiti sopra indicati può ugualmente partecipare alla graduatoria per l'assegnazione delle zone carenti presentando domanda al momento della pubblicazione di queste. In tal caso si provvederà alla valutazione immediata della sua posizione al fine dell'inserimento nella graduatoria locale.

I trasferimenti sono possibili sino alla concorrenza di 1/3 dei posti disponibili in ciascuna U.S.L. o in comuni comprendenti più UU.SS.LL. In caso di disponibilità di un solo posto, per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

Gli aspiranti entro trenta giorni dalla pubblicazione di cui al primo comma del presente articolo presentano separate domande alle UU.SS.LL. competenti, indicando a pena di nullità le eventuali altre località carenti per le quali concorrono.

In allegato alla domanda devono inoltrare un atto sostitutivo di notorietà attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporto di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità.

Al fine del conferimento degli incarichi nelle località carenti i medici di cui alla lettera *b)* del precedente secondo comma sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

1) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 2;

2) attribuzione di punti 40 a coloro che al momento della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale non abbiano alcun rapporto di lavoro dipendente o trattamento di pensione e non si trovino in posizione di incompatibilità e che tali requisiti abbiano conservato fino al conferimento dell'incarico.

Non e di ostacolo all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di cui al precedente punto 2), l'essere titolare, al momento di presentazione della domanda per la copertura della zona carente, di un incarico di lavoro dipendente a titolo precario, purché esso cessi entro sette giorni dall'accettazione dell'incarico per la copertura della zona carente;

3) attribuzione di punti 5 a coloro che nella località carente per la quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale.

Le UU.SS.LL. interpellano prioritariamente i medici di cui alla lettera *a)* del precedente secondo comma, in base all'anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici di medicina generale convenzionati; laddove risulti necessario, interpellano successivamente i medici di cui alla lettera *b)* dello stesso secondo comma, in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al quarto comma del presente articolo.

La regione, sentito il comitato regionale di cui all'art. 37, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

Art. 7.

Insorgenza del rapporto convenzionale

Il medico interpellato ai sensi del precedente art. 6 deve, a pena di decadenza, comunicare la sua accettazione entro il termine di sette giorni.

Entro i successivi sessanta giorni, sempre a pena di decadenza, deve:

aprire nella località carente assegnatagli ambulatorio idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 8 e darne comunicazione alla U.S.L.;

trasferire la residenza nella zona assegnatagli, se risiede in altro comune;

iscriversi all'albo professionale della provincia in cui gravita la località assegnatagli, se è iscritto in altra provincia.

Le UU.SS.LL., avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il comitato ex art. 36, temporanee proroghe al termine di cui al comma precedente.

Entro quindici giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dell'ambulatorio l'U.S.L. procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art. 8 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a trenta giorni per adeguare l'ambulatorio alle suddette prescrizioni. Trascorso tale termine inutilmente, il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

L'incarico si intende definitivamente conferito con la comunicazione della U.S.L. attestante l'idoneità dell'ambulatorio oppure alla scadenza del termine di quindici giorni, di cui al comma precedente, qualora la U.S.L. non procede alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle UU.SS.LL. di far luogo in ogni tempo alla verifica dell'idoneità dell'ambulatorio.

Il medico al quale sia conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco riferito alla zona carente.

Al fine di favorire l'inserimento di medici nelle località carenti, con particolare riferimento a quelle disagiate, la U.S.L. può, su richiesta del medico, consentire la utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile.

Art. 8.

Requisiti e apertura degli ambulatori

Ai fini dell'istaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale oltre che ai fini della corresponsione del concorso nelle spese riferite all'attività professionale di cui all'art. 41 ciascun medico deve avere la disponibilità di un ambulatorio nel quale esercitare l'attività convenzionata.

L'ambulatorio del medico convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della professione, di sala di attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea.

Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso ambulatorio con destinazione specifica od anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione.

Se l'ambulatorio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione fra le due strutture.

L'ambulatorio dei medici iscritti negli elenchi — salvo quanto previsto in materia di orario di guardia medica — deve essere aperto agli aventi diritto per cinque giorni alla settimana, secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alla necessità degli asistibili iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza.

Il suddetto orario, che verrà comunicato all'U.S.L., sara esposto all'ingresso dell'ambulatorio. Eventuali variazioni dovranno essere adeguatamente motivate ed immediatamente comunicate all'U.S.L.

Le visite ambulatoriali, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso il sistema di prenotazione.

Art. 9.

Sostituzioni

Il medico titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente U.S.L. entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni.

Le UU.SS.LL. per i primi trenta giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito; dal trentunesimo giorno in poi i compensi sono corrisposti direttamente al medico che effettua la sostituzione.

I rapporti economici relativi alle sostituzioni sono disciplinati dalle norme del regolamento allegato sub lettera *B*.

Qualora la sostituzione, per particolari situazioni in cui non sia possibile venga effettuata dal medico di medicina generale, sia svolta da un medico iscritto negli elenchi dei pediatri di libera scelta, i compensi allo stesso saranno determinati secondo il trattamento economico previsto per la medicina generale.

Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informarne la U.S.L., la quale provvede a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nelle graduatorie di cui all'art. 2, e secondo l'ordine delle stesse, privilegiando i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito.

In tal caso i compensi spettano fin dal primo giorno al medico sostituto.

Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

Tranne che per ipotesi di malattia o per comprovati motivi di studio o per il servizio militare o sostitutivo civile, per sostituzione superiore a sei mesi nell'anno, anche non continuativi, l'U.S.L., sentito il comitato di cui all'art. 36, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa ed esamina il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto.

Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le U.S.L. possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

Alla sostituzione del medico sospeso dagli elenchi per effetto di provvedimento della commissione di cui all'art. 38 provvede la U.S.L. con le modalità di cui al terzo comma del presente articolo.

Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa, anche se questo ultimo risulti essere stato iscritto nell'elenco prima di assumere tale incarico.

L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco.

Art. 10.

Sospensione del rapporto convenzionale

Oltre che in esecuzione di provvedimenti della commissione di disciplina di cui all'art. 38 il medico deve essere sospeso dall'elenco dei convenzionati per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo.

Inoltre il rapporto convenzionale può essere, a domanda dell'interessato, sospeso, per un periodo massimo continuativo di otto mesi per lo svolgimento di un'attività di lavoro dipendente di natura precaria da usufrire una sola volta durante tutto il rapporto convenzionale.

In entrambi i casi il medico deve farsi sostituire seguendo le modalità stabilite dal precedente art. 9.

In materia si applicano ovviamente le disposizioni di cui all'art. 9, terzo comma, della legge 23 aprile 1981, n. 154.

Art. 11.

Cessazione del rapporto

Il rapporto tra le UU.SS.LL. e i medici iscritti negli elenchi cessa:

1) per compimento del settantesimo anno di età;

2) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 38;

3) per recesso del medico, da comunicare alla U.S.L. con almeno un mese di preavviso;

4) per sopravvenuta accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi del precedente art. 4;

5) per sopravvenuto, accercato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 8;

6) per incapacita psico-fisica di svolgare l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato e da uno designato dalla U.S.L. e presieduta dal presidente dell'ordine dei medici o suo delegato.

Il medico che, dopo cinque anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente accordo, non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a cinquanta unità, decade dal rapporto convenzionale.

Il provvedimento è adottato dalla competente unità sanitaria locale, sentiti l'interessato e il comitato di cui all'art. 36, previo accertamento che la mancata acquisizione del sopraindicato minimo di scelte non sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo o risalga direttamente alla volontà del medico.

Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma precedente nonché nei casi di cui ai punti 2) e 5) del primo comma, il medico puo presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo due anni dalla cancellazione.

Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'albo professionale.

Oltre che per provvedimento della commissione di cui all'art. 38 l'iscrizione nell'elenco e sospesa di ufficio allorquando il medico sia sospeso dall'albo professionale.

Art. 12.

Incarichi provvisori

Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici, la U.S.L. sentito il comitato consultivo ex art. 36 può conferire ad un medico residente nell'ambito della zona carente, scelto nel rispetto della graduatoria regionale, un incarico temporaneo onde garantire l'assistenza sanitaria nel territorio. Tale incarico, di durata comunque inferiore a sei mesi, cessera nel momento in cui sarà individuato il medico avente diritto all'inserimento. Al medico di cui al presente comma vengono corrisposti, relativamente agli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi di cui all'art. 41.

In caso di decesso del medico convenzionato, il suo sostituto può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti già in carico al medico deceduto per non più di trenta giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

Art. 13.

Massimale di scelte e sue limitazioni

I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità.

I medici i quali, non soggetti a limitazione del massimale, avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale di 1.800 scelte ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 conservano, in deroga al massimale, tale possibilità personale.

Eventuali deroghe al suddetto massimale potranno essere autorizzate, in relazione a particolari situazioni locali, dalla regione ai sensi del punto 5), terzo comma, dell'art. 48 della legge n. 833/78.

Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga altre attività compatibili con tale iscrizione, il massimale di scelte è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività.

Nei confronti dei medici, anche universitari, a rapporto di impiego pubblico a tempo definito ai sensi dell'art. 35 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761/79, o di altro impiego pubblico compatibile, oltreché a rapporto di lavoro privato a orario parziale purché compatibile, il massimale individuale è di 500 scelte.

Ai fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario convenzionale e subordinata, diverse da quelle di cui al precedente comma, si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 1.500 scelte per 40 ore settimanali.

Ai medici limitati di cui al comma precedente, che dispongono per l'attività di medico di medicina generale di un orario pari o inferiore a 34 ore è consentita l'acquisizione di un numero di 125 scelte da aggiungere a quelle risultanti dal calcolo di cui al precedente comma. Se l'impegno orario settimanale è dovuto a lavoro subordinato, anziché 125 scelte si aggiungeranno 69 scelte.

Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

Art. 14.

Scelta del medico

La costituzione e lo svolgimento del rapporto tra medico e assistibile sono fondati sull'elemento fiducia.

Ciascun avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per sé e per i propri familiari il medico di fiducia fra quelli iscritti nell'elenco, definito ai sensi dell'art. 5 in cui è compresa la residenza dell'avente diritto medesimo.

Il familiare che abbia raggiunto la maggiore età può effettuare personalmente la scelta del medico.

L'U.S.L., sentito il parere obbligatorio del comitato di cui all'art. 36, previa accettazione del nuove medico di scelta, può consentire che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistibile è residente quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la

residenza dell'assistibile graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.

La scelta è a tempo indeterminato per i cittadini residenti.

Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di tre mesi ad un massimo di un anno, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al medico dell'U.S.L. di provenienza del cittadino.

Art. 15.

Revoca e recusazione della scelta

L'assistibile può revocare in ogni tempo la scelta effettuata dandone comunicazione alla competente U.S.L. Contemporaneamente alla revoca l'assistibile deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistibile può in ogni tempo recusare la scelta dandone comunicazione alla competente U.S.L. Tale revoca deve essere motivata ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78. Tra i motivi della recusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la recusazione decorre dal sedicesimo giorno successivo alla sua comunicazione.

Non è consentita la recusazione quando nel comune non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del comitato di U.S.L. di cui all'art. 36.

Art. 16.

Revoche di ufficio

Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'art. 7 della legge n. 526/82, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi dell'U.S.L. sono riattribuite al medico dal momento dell'iscrizione degli stessi nei suddetti elenchi.

La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte o trasferimento dell'assistibile ha effetto dal giorno del verificarsi dell'evento che determina la revoca ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 1982, n. 526.

Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato.

Tali comunicazioni saranno contestuali alle variazioni del mese di competenza.

In caso di trasferimento di residenza l'U.S.L. presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tempestivamente tale circostanza all'U.S.L. di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con effetto «*ex tunc*».

Art. 17.

Scelta, revoca, recusazione: effetti economici

Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la recusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano nella prima o nella seconda metà del mese.

Il rateo mensile dei compensi è frazionabile in ragione del numero dei giorni di cui è composto il mese al quale il rateo mensile si riferisce, quando le variazioni dipendano da trasferimento del medico o da cancellazione o sospensione del medico dall'elenco.

Art. 18.

Elenchi nominativi e variazioni mensili

Entro la fine di ciascun semestre le UU.SS.LL. inviano ai medici l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi.

Le UU.SS.LL., inoltre, comunicano mensilmente ai singoli medici le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente, allegandovi le copie delle dichiarazioni di scelta o revoca.

Art. 19.

Compiti del medico di medicina generale

L'inserimento negli elenchi di cui all'art. 5 determina, relativamente all'ambito territoriale di iscrizione di ciascun medico e nei confronti dei cittadini che lo scelgano, l'affidamento al medico stesso della responsabilità in ordine alla tutela della salute del proprio assistito che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e di educazione sanitaria i quali sono espletati attraverso interventi ambulatoriali e domiciliari.

I compiti del medico comprendono:

A) Le visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico. Al fine di migliorare lo standard delle prestazioni il medico potrà avvalersi di supporti tecnologici diagnostici e terapeutici sia nel proprio studio sia a livello domiciliare e praticare le altre prestazioni di cui all'elenco allegato *F*.

B) Il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza e di dimissione del proprio paziente, in quanto atti che attengono alla professionalità del medico di medicina generale.

C) L'assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non ambulabili al fine di fornire ad essi atti medici integrati con l'assistenza specialistica e paramedica in stretto collegamento, se necessario, con l'assistenza di tipo sociale.

D) La tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale ad esclusivo uso del medico, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al medico di collaborare ad eventuali indagini epidemiologiche mirate, da attivare sulla base di programmi nazionali o regionali, sentito il comitato *ex* art. 37 e concordati con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale.

E) Le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori.

F) La certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportiva non agonistiche di cui al decreto Ministro della sanità del 28 febbraio 1983.

G) Le visite occasionali.

Il medico di medicina generale, inoltre, nel quadro della programmazione regionale e dell'integrazione con tutti i servizi del territorio può eseguire, nei riguardi dei propri assistiti, le seguenti prestazioni, sulla base della propria competenza, ed a richiesta delle UU.SS.LL.:

a) vaccinazioni e chemioprofilassi tecnicamente e legalmente espletabili;
b) viste periodiche per lavoratori a rischio;
c) compilazione della parte anamnestica ed aggiornamento dei libretti di rischio;
d) certificazioni ai fini dell'idoneità al lavoro.

Inoltre al medico di medicina generale può essere affidato quant'altro sia previsto per gli interventi del medico di base da parte dei piani sanitari nazionali e regionali, compresa l'attività didattica e di ricerca e di educazione sanitaria.

Le suddette prestazioni e le attività previste dal comma precedente, il cui onere è a carico del Servizio sanitario nazionale, saranno effettuate secondo modalità organizzative e normative concordate con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale sentito il comitato di cui all'art. 37.

L'entità dei compensi relativi ai compiti di cui al precedente comma verrà definita secondo le modalità di cui all'art. 48 della legge n. 833/78.

Art. 20.

Visite ambulatoriali e domiciliari

L'attività medica viene prestata in ambulatorio o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.

La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore 10; ove invece, la richiesta venga recepita dopo le ore 10, la visita dovrà essere effettuata entro le ore 12 del giorno successivo.

A cura dell'U.S.L. tale norma sarà portata a conoscenza degli assistibili.

La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore 10 dello stesso giorno, nonché quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore 10 del giorno precedente.

Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriali per i medici che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

Art. 21.

Il consulto con lo specialista

Il consulto può essere attivato dal medico di medicina generale qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal medico di medicina generale presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale dell'U.S.L. del paziente.

Il consulto, previa autorizzazione dell'U.S.L., può essere attuato, su richiesta motivata del medico di famiglia, anche presso il domicilio del paziente.

Il medico di famiglia e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione nel rispetto delle esigenze dei servizi dell'U.S.L.

Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

Art. 22.

Accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero

Il medico di famiglia può accedere, qualora lo ritenga opportuno, presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza o di dimissione del proprio paziente. Tale accesso può essere attivato dal medico di famiglia che concorda con il responsabile del reparto i tempi e i modi di attuazione.

Qualora il responsabile del reparto ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente ricoverato può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elmenti utili in suo possesso.

Art. 23.

Assistenza farmaceutica e modulario

La prescrizione di specialità farmaceutiche e di galenici avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale.

Il medico può dar luogo al rinnovo della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, su richiesta di un familiare, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

In relazione a quanto stabilito dall'art. 11 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638, il medico riporta sul modulo-prescrizione gli estremi del documento, rilasciato dall'U.S.L., attestante il diritto dell'assistito all'esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria.

La prescrizione è redatta in unica copia sul modulario allegato *sub C*. Si conviene in proposito che tale modulario sarà impiegato fino a quando non avrà attuazione l'art. 2 del decreto-legge 28 febbraio 1987, n. 53.

Art. 24.

Richiesta di indagini specialistiche
Proposte di ricovero e di cure termali

Il medico, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita o indagine specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

La richiesta di indagine o visita specialistica deve essere corredata delle diagnosi o del sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 21.

Il medico può dar luogo al rinnovo della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, su richiesta di un familiare, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, in busta chiusa con l'indicazione «al medico curante», suggerendo la terapia e segnalando l'eventuale utilità di successivi controlli specialistici.

Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste.

Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ginecologia, pediatria, psichiatria e oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche.

La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato *D*) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

Il modulario di cui all'art. 23, salvo il disposto del successivo art. 25, è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche. Per queste ultime è consentita la multi-pluriproposta, escludendosi ogni ulteriore adempimento a carico del medico curante.

Art. 25.

Certificazione di malattia
per i lavoratori dipendenti

Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33 e all'art. 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155, sono rilasciate dal medico di fiducia del lavoratore utilizzando i moduli allegati *sub E*.

Le certificazioni relative ad assenze dal lavoro connesse o dipendenti da prestazioni sanitarie eseguite da medici diversi da quelli di libera scelta non spettano al medico di fiducia.

Art. 26.

Assistenza programmata ad assistiti non ambulabili

L'assistenza programmata si articola in tre forme di interventi:

a) assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non ambulabili;

b) assistenza nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette;

c) assistenza domiciliare integrata.

L'assistenza programmata viene erogata sulla base di interesse normative ed economiche raggiunte a livello regionale con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi in sede regionale, sentito il comitato ex art. 37.

Laddove in qualche regione non si sia proceduto alla stipula delle suddette intese entro sei mesi dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, l'erogazione di questa forma di assistenza sarà disciplinata nelle suddette regioni in conformità ai contenuti di un'intesa da concordarsi a livello nazionale sulla base della media degli specifici accordi raggiunti nelle altre regioni.

In particolare:

A) L'assistenza domiciliare nei confronti di pazienti non ambulabili si rivolge agli anziani, invalidi o ammalati cronici che non sono in grado di frequentare lo studio del proprio medico. La loro identificazione, viene concordata tra il medico di famiglia e il competente servizio sanitario della U.S.L.

Tale assistenza deve prevedere, al di fuori delle normali richieste di visita domiciliare per fatti acuti, un accesso periodico del medico di famiglia e la possibilità per lo stesso di attivare per il paziente visite specialistiche, ricerche diagnostiche domiciliari e assistenza infermieristica.

È opportuno, ove questi pazienti usufruiscono di attività assistenziali di tipo sociale, uno stretto collegamento tra il medico di famiglia e gli addetti a questo tipo di assistenza.

Presso il domicilio del paziente il medico attiverà un diario clinico che serva da collegamento tra i vari interventi sanitari.

B) L'assistenza domiciliare integrata può essere attivata in fase sperimentale nel caso in cui sia possibile garantire l'assistenza sanitaria e sociale nel proprio domicilio a pazienti ai quali si voglia evitare un ricovero determinato da ragioni sociali (anziani affetti da forme morbose acute) o da motivi di organizzazione sanitaria (terminali, riabilitazione di vasculopatici, ecc.).

I pazienti di cui al precedente comma sono individuati dal medico generale oppure, in caso di degenza, dal primario ospedaliero il quale deve sentire il parere del medico generale.

Il medico generale provvede a segnalare il caso alla U.S.L. di competenza del malato per l'autorizzazione al fine dell'inizio dell'assistenza e la fornitura dei necessari supporti infermieristici e sociali.

L'esperimento non può avvenire senza il consenso dei familiari dell'infermo.

Il medico generale mantiene la responsabilità unica e complessiva del paziente. Lo visita secondo un calendario di massima precedentemente segnalato alla U.S.L.; tiene un diario clinico sul quale ogni specialista riporta i propri interventi; attiva le consulenze specialistiche e gli interventi infermieristici e sociali; coordina l'equipe funzionale che si attiva per rispondere ai bisogni del paziente.

Art. 27.

Medicina di gruppo

Al fine di conseguire un più elevato livello delle prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e medico anche attraverso lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della U.S.L., nonché per favorire la soluzione della maggior parte dei problemi sanitari a livello territoriale, i medici iscritti negli elenchi possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro di gruppo sulla base di un regolamento ispirato ai seguenti principi e criteri organizzativi:

l'associazione è libera, volontaria e paritaria;

l'accordo che costituisce la medicina di gruppo è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la U.S.L. e l'ordine dei medici;

del gruppo possono far parte soltanto medici che svolgono in modo esclusivo l'attività di medico convenzionato;

la sede della medicina di gruppo è unica ed articolata in più studi medici;

del gruppo fanno parte non meno di tre e non più di sei medici di medicina generale. Nei comuni aventi un numero di medici convenzionati non superiore a tre, il gruppo può essere costituito da due soli medici. Al gruppo può partecipare un pediatra;

ciascun medico può far parte soltanto di un gruppo;

ciascun partecipante al gruppo è disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici del gruppo, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;

deve prevedersi la disciplina dell'esecuzione delle prestazioni incentivanti nell'ambito del gruppo;

la distribuzione degli orari di presenza dei singoli medici nella sede della medicina di gruppo deve prevedere che ciascuno di essi sia presente per almeno quattro giorni la settimana quando nel quinto giorno sia impegnato in altre attività previste dall'accordo, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non deambulabili, ecc.; altrimenti la presenza deve essere garantita per cinque giorni la settimana;

in ogni caso deve essere assicurata la continuità della assistenza ambulatoriale per almeno 4 ore al mattino e 4 ore nella seconda parte della giornata. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi deve essere assicurata presso la sede la ricezione delle richieste di visite domiciliari.

a ciascun medico del gruppo vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;

non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo senza l'autorizzazione del medico titolare della scelta e la richiesta in tal senso dell'assistito;

all'interno del gruppo può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione professionale, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;

la suddivisione delle spese di gestione dell'ambulatorio viene liberamente concordata tra i componenti del gruppo.

A livello di regione o di U.S.L. con i sindacati di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale possono essere concordati, sentito rispettivamente il comitato ex art. 37 o quello ex art. 36 protocolli di collaborazione volti al conseguimento degli obiettivi dei piani sanitari regionali, con particolare riguardo all'educazione sanitaria, anche prevedendo adeguate forme di incentivazione aventi prevalentemente carattere organizzativo e/o strutturale.

Atteso il carattere innovativo della pratica del lavoro di gruppo si conviene che per il periodo di validità del presente accordo il comitato ex art. 36 dovrà verificarne l'andamento in relazione al miglioramento nella qualità dell'assistenza attraverso opportune forme di monitoraggio dell'istituto.

Art. 28.

Interventi socio-assistenziali

Il medico di famiglia sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltreché alle condizioni sanitarie, anche a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'U.S.L. l'esigenza di particolari interventi socio-assistenziali.

Art. 29.

Collegamenti con i servizi di guardia medica

Il medico di famiglia secondo scienza e coscienza valuta l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisicopatologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di guardia medica.

Art. 30.

Visite occasionali

I medici iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistibili che li hanno preventivamente scelti.

I medici, tuttavia, salvo quanto previsto dall'art. 42 in materia di guardia medica e di assistenza nelle località turistiche, prestano la propria opera, anche in mancanza di scelta preventiva, secondo quanto disposto dall'art. 1, lettera *b)*, del decreto-legge 25 gennaio 1982, n. 161, convertito, con modificazioni, nella legge 25 marzo 1982, n. 93:

1) in favore dei cittadini che, trovandosi occasionalmente al di fuori del proprio comune di residenza, ricorrano all'opera del medico;

2) in favore degli stranieri in temporaneo soggiorno in Italia, che esibiscano il prescritto documento comprovante il loro diritto all'assistenza sanitaria a carico del servizio sanitario pubblico.

Nel riepilogo mensile delle prestazioni le visite occasionali sono elencate con l'indicazione di nome e cognome dell'avente diritto, numero del libretto, regione di provenienza, indirizzo o numero della U.S.L. di appartenenza.

Le visite di cui al presente articolo sono compensate con le seguenti tariffe, omnicomprensive:

visita ambulatoriale.	L. 6.000
visita domiciliare	» 10.000

Art. 31.

Divieto di esercizio di libera professione

Ai medici iscritti negli elenchi è fatto divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati relativamente ai compiti che agli stessi sono affidati dal presente accordo.

Art. 32.

Aggiornamento obbligatorio e formazione permanente

Le regioni annualmente, d'intesa con gli ordini dei medici e i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi, avvalendosi ove possibile anche della collaborazione delle società professionali di medicina generale, emanano norme generali sui temi prioritari per la formazione permanente obbligatoria del medico di medicina generale, anche in relazione alla attuazione dei progetti obiettivo. Le attività di aggiornamento professionale obbligatorio si svolgono presso i presidi sanitari delle UU.SS.LL. utilizzando appropriati metodi pedagogici e personale appositamente addestrato (animatori di formazione permanente).

Stabilite a livello regionale le linee di coordinamento ed indirizzo, la programmazione complessiva dei corsi, dei metodi, della strutturazione temporale degli stessi e quella economico-gestionale, le UU.SS.LL. provvedono all'attuazione dei corsi. I comitati consultivi di cui all'art. 37 esprimono parere sui programmi applicativi. I temi dell'aggiornamento obbligatorio, saranno scelti in modo da rispondere ai bisogni organizzativi del servizio e all'accrescimento culturale del medico anche in relazione alla evoluzione della patologia. Tali corsi sono a carico del Servizio sanitario nazionale.

I corsi di formazione saranno di norma organizzati prevedendo:

lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento attivo per obiettivi;

la partecipazione a piccoli gruppi;

appropriate modalità che consentano la valutazione formativa del corso da parte dei partecipanti.

I corsi, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, si svolgeranno il sabato mattina per almeno otto sabati pari a 32 ore annue; al medico partecipante vengono corrisposti i normali compensi. La U.S.L. adotta i provvedimenti necessari a garantire il servizio durante le ore di aggiornamento. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico della U.S.L.

Le UU.SS.LL. al termine di ciascun corso rilasciano un attestato relativo alla materia del corso frequentato.

Con accordi a livello regionale tra la regione, ordini dei medici e i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi saranno prese iniziative per l'attuazione di corsi di addestramento appositamente dedicati agli animatori della formazione permanente da individuarsi tra medici già inseriti negli elenchi regionali della medicina generale.

Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.

Detta attività non comporta riduzione del massimale individuale.

A cura della regione gli animatori sono inclusi in un apposito albo regionale.

Art. 33.

Comunicazioni del medico alla U.S.L.

Il medico iscritto negli elenchi è tenuto a comunicare sollecitamente alla U.S.L. competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie di cui all'art. 2, nonché l'insorgere di situazioni di incompatibilità previste dall'art. 4.

In ogni caso la U.S.L. competente o la regione può richiedere annualmente al medico una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni, attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, le limitazioni del massimale o la corresponsione dell'indennità di disponibilità.

Il medico nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non è tenuto a inviare la richiesta dichiarazione. Il medico è altresì tenuto a soddisfare le richieste di informazioni previste dall'art. 24, lettera *C* della legge n. 730/83.

In caso di astensione dall'attività assistenziale in dipendenza di agitazioni sindacali, il medico è tenuto a comunicare alla U.S.L. di iscrizione l'eventuale non adesione all'agitazione entro 24 ore dall'inizio dell'agitazione a mezzo telegramma.

La mancata comunicazione comporta la trattenuta della quota relativa al periodo di astensione dall'attività convenzionata.

Art. 34.
Diritti sindacali

Ai membri di parte medica eletti in tutti i comitati e commissioni previsti dal presente accordo sarà rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi.

Tale onere sarà a carico della regione e delle singole U.S.L., rispettivamente per i comitati e le commissioni regionali e di U.S.L.

I rappresentanti dei sindacati medici di categoria a carattere nazionale e regionale, i medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i medici eletti al parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale, possono avvalersi, con oneri a loro carico, della collaborazione professionale di medici con compenso orario.

Detto compenso orario, omnicomprensivo, non potrà essere inferiore al costo globale orario previsto dall'accordo collettivo ex art. 48 della legge n. 833/78 concernente gli incarichi non specialistici a rapporto orario con le UU.SS.LL.

A titolo di concorso negli oneri per sostituzioni collegate allo svolgimento di compiti sindacali, a ciascun sindacato firmatario viene riconosciuta la disponibilità di 20 ore settimanali per ogni gruppo di 1.000 iscritti o frazione di 1.000 superiore a 500.

Il numero dei medici di medicina generale iscritti è rilevato a livello regionale sulla base del numero dei medici a carico dei quali — per ciascun sindacato — viene effettuata, a cura delle UU.SS.LL., la trattenuta della quota sindacale. Ai fini del raggiungimento del «*quorum*» di 500 persone possono essere utilizzati i «resti» risultanti nell'ambito delle singole regioni.

La segreteria nazionale del sindacato comunica ogni anno congiuntamente a tutte le regioni i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario accertata come sopra, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati comunica alla propria U.S.L. il nominativo del medico che l'ha sostituito nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, sulla base di un compenso orario pari alla misura tabellare iniziale prevista dall'accordo ex art. 48 della legge n. 833/78 per i medici a rapporto orario addetti ad attività non specialistiche (medicina dei servizi). Il compenso è liquidato, a seconda del sistema di pagamento localmente adottato, direttamente dalla regione oppure dalla U.S.L. che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.

Art. 35.
Quote sindacali

La riscossione delle quote sindacali per i sindacati firmatari del presente accordo avviene su delega del medico attraverso le UU.SS.LL. con versamento in c/c intestato ai tesorieri dei sindacati firmatari del presente accordo per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.

Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide.

I costi del servizio di esazione sono a carico dei sindacati.

Art. 36.
Comitato consultivo di U.S.L.

In ciascuna U.S.L. è costituito un comitato composto da:

il presidente della U.S.L. o suo delegato, che lo presiede;

due membri effettivi e due supplenti designati dal comitato di gestione della U.S.L.;

tre membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza dei medici generali convenzionati.

I rappresentanti dei medici sono eletti tra i medici iscritti nell'elenco della medicina generale di ciascuna U.S.L. con il sistema proporzionale tra liste concorrenti dai medici di medicina generale convenzionati iscritti negli elenchi e operanti nell'ambito della U.S.L. per la quale deve essere istituito il comitato.

Le elezioni dei rappresentanti dei medici sono svolte a cura della federazione regionale degli ordini dei medici, avvalendosi della collaborazione degli ordini provinciali.

La federazione regionale degli ordini proclama gli eletti.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario di parte pubblica.

Il comitato esprime parere obbligatorio sui seguenti argomenti:

1) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 13;

2) autorizzazione di scelte in deroga ai sensi dell'art. 14;

3) motivi di incompatibilità agli effetti delle recusazioni di cui all'ultimo comma dell'art. 15;

4) cessazione del rapporto ai sensi dell'art. 11, punto 5).

Inoltre, in ordine alla migliore organizzazione della medicina di base, partecipa alle conferenze di organizzazione predisposte dalla U.S.L. e collabora alla:

a) impostazione di programmi statistico-epidemiologici attivati a livello locale sulla base delle indicazioni regionali e/o nazionali e concernenti l'attività dei medici convenzionati per la medicina generale;

b) organizzazione delle iniziative in materia di aggiornamento professionale nell'area della medicina di base, in particolare per quanto riguarda la individuazione dei temi aventi rilevanza locale.

Su tutte le questioni inerenti i rapporti tra la medicina generale e gli altri servizi delle UU.SS.LL. deve essere acquisito il parere del comitato di cui al presente articolo.

Art. 37.

Comitato consultivo regionale

In ciascuna regione è istituito un comitato composto di:

assessore regionale alla sanità o suo delegato con funzioni di presidente;

cinque membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza delle UU.SS.LL. della regione, designati dell'ANCI;

sei membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza dei medici generali convenzionati.

I rappresentanti dei medici, che devono essere iscritti nell'elenco regionale della medicina generale convenzionata, vengono eletti dai medici iscritti nell'elenco stesso con il sistema elettorale proporzionale tra liste concorrenti.

Le elezioni dei rappresentanti dei medici sono svolte a cura della federazione regionale degli ordini avvalendosi della collaborazione degli ordini provinciali.

La federazione regionale proclama gli eletti.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario di parte pubblica.

In caso di assenza od impegno del presidente le relative funzioni sono svolte dal componente più anziano di parte pubblica.

La sede del comitato è indicata dalla regione.

Il comitato esprime parere nei casi previsti dal presente accordo, ivi compresa l'attuazione, nell'ambito del territorio della regione, dei servizi di guardia medica e dei programmi di aggiornamento professionale obbligatorio per i medici generali convenzionati.

Il comitato formula proposte ed esprime pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente accordo e per un corretto ricorso all'assistenza da parte degli assistiti, anche in riferimento a problemi o situazioni particolari locali che siano ad esso sottoposte dal presidente o da almeno ⅓ dei suoi componenti.

Svolge inoltre ogni altro compito assegnatogli dal presente accordo.

La sua attività è comunque finalizzata a fornire indirizzi uniformi per l'applicazione dell'accordo.

Art. 38.

Commissione regionale di disciplina

In ciascuna regione, con provvedimento della giunta regionale, è istituita una commissione di disciplina composta da:

il presidente dell'ordine provinciale dei medici della città capoluogo di regione o suo delegato, che la presiede;

tre membri medici e un esperto designati dall'assessore regionale alla sanità, sentito l'ANCI regionale; un membro medico designato dall'U.S.L. interessata;

tre membri medici e un esperto designati dal consiglio direttivo della federazione regionale degli ordini dei medici su indicazione unitaria effettuata, di norma, d'intesa fra i sindacati medici di categoria più rappresentativi a livello nazionale.

La sede della commissione è indicata dalla regione.

Ai fini della nomina di cui al primo comma il presidente della federazione regionale degli ordini dei medici invita, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, i sindacati medici nazionali di categoria a procedere alla designazione unitaria dei medici da nominare.

Nel caso che i sindacati non facciano pervenire detta designazione entro trenta giorni dal ricevimento dell'invito, il consiglio direttivo della federazione regionale degli ordini dei medici provvede direttamente a nominare la rappresentanza medica in seno alla commissione.

I medici di nomina ordinistica devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

1) età non inferiore a 40 anni;

2) anzianità di laurea non inferiore a 15 anni;

3) attività di medicina generale svolta in regime convenzionale per un periodo non inferiore a dieci anni;

4) essere iscritti negli elenchi dei medici convenzionati.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario designato dalla regione.

L'U.S.L. provvede all'istruttoria del caso avvalendosi della collaborazione del comitato di cui all'art. 36 prima dell'eventuale deferimento alla commissione di cui al presente articolo.

La commissione esamina i casi dei medici ad essa deferiti dall'U.S.L., per inosservanza delle norme del presente accordo, iniziando la procedura entro un mese dalla data di deferimento.

Al medico deferito sono contestati gli addebiti ed è garantita la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni.

La commissione propone all'U.S.L. con atto motivato l'adozione di uno dei provvedimenti che seguono:

richiamo con diffida per trasgressioni ed inosservanza degli obblighi e dei compiti previsti dall'accordo;

riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di sei mesi: per inadempienze già oggetto di richiamo con diffida;

sospensione del rapporto per durata non superiore a due anni:

per gravi infrazioni finalizzate anche all'acquisizione di vantaggi personali;

per omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti incompatibilità, ai sensi dell'art. 4 dell'accordo;

per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla riduzione del trattamento economico;

revoca per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto.

I provvedimenti devono essere adottati dall'U.S.L. in conformità alle proposte della commissione di disciplina e sono definitivi. Essi sono notificati agli interessati e comunicati all'ordine dei medici ed alla commissione di cui al presente articolo.

Art. 39.

Istituzione, durata in carica e funzionamento degli organismi collegiali - Spese per l'elezione dei rappresentanti dei medici.

I comitati consultivi di cui agli articoli 36 e 37 e la commissioni disciplinare di cui all'art. 38 devono essere istituiti entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente accordo e durano in carica fino alla nonina delle nuove commissioni e comitati a seguito del rinnovo dell'accordo stesso.

La commissione e i comitati sono validamente riuniti se è presente la maggioranza dei loro componenti e le loro deliberazioni sono valide se adottate dalla maggioranza dei presenti.

In caso di parità di voti prevale il voto del presidente.

Gli esperti partecipano alle sedute della commissione di cui all'art. 38 senza diritto di voto.

È incompatibile, per i componenti di parte medica, la nomina contemporanea in più comitati o commissioni.

I supplenti partecipano alle riunioni dei comitati solo in caso di impedimento dei titolari.

Le spese per le elezioni dei rappresentanti dei medici di medicina generale in seno ai comitati di cui agli articoli 36 e 37 sono a carico di tutti i medici iscritti negli elenchi.

Le UU.SS.LL. provvedono al pagamento delle spese suddette a carico di un fondo costituito da quote trattenute sui compensi dovuti a ciascun medico, nella misura indicata dall'ordine dei medici.

Art. 40.

Commissione professionale

In ogni regione è costituita ai sensi dell'art. 24 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, una commissione professionale cui sono affidati, nel rispetto dei principi sanciti in detto art. 24, i seguenti compiti:

a) definire gli standards medi assistenziali che tengano conto anche della situazione demografica, patologica e organizzativa locale;

b) definire il parametro di spesa regionale inteso come dato indicativo per il comportamento prescrittivo responsabile del medico e per le commissioni professionali;

c) fissare le procedure per la verifica di qualità dell'assistenza tenendo conto degli standards assistenziali definiti e dei parametri di spesa fissati dalla regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali, prevedendo, nei casi di eccessi di spesa, anche le modalità per la contestazione al medico assicurando la preventiva informazione ed il confronto obbligatorio con il medico stesso;

d) stabilire nei casi di reiterate inadempienze le ipotesi in cui si debba far luogo al deferimento del medico alla commissione di cui all'art. 38.

Per gli adempimenti di cui al comma precedente le UU.SS.LL. hanno l'obbligo di comunicare periodicamente ai medici ed alla commissione professionale il parametro di spesa regionale, lo standard medio assistenziale dei diversi presidi e servizi delle UU.SS.LL. nonché il comportamento prescrittivo dei singoli medici convenzionati, evidenziando in particolare quello relativo alla prescrizione farmaceutica e alla richiesta di indagini strumentali e di laboratorio, di consulenza specialistica e di assistenza ospedaliera, curando di separare i casi in cui la richiesta provenga autonomamente dal medico o sia stata richiesta da altri presidi sanitari.

La commissione professionale regionale, nominata con provvedimento della regione, è presieduta:

dal presidente dell'ordine dei medici della città capoluogo di regione ed è così costituita:

cinque esperti qualificati nominati dalla regione scelti tra dipendenti delle strutture universitarie e del Servizio sanitario nazionale;

quattro rappresentanti dei medici di medicina generale convenzionati scelti dai membri di parte medica del comitato consultivo regionale;

un funzionario della carriera direttiva amministrativa della regione con funzioni di segretario.

Art. 41.

Trattamento economico

Il trattamento economico del medico iscritto negli elenchi della medicina generale si compone delle seguenti voci:

A) Onorario professionale.

B) Quota aggiuntiva professionale.

C) Indennità di piena disponibilità.

D) Indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale.

E) Concorso nelle spese per la produzione del reddito.

F) Compenso di variazione degli indici del costo della vita.

G) Contributo previdenziale.

H) Contributo per assicurazione di malattia.

I) Compensi per eventuali visite occasionali e prestazioni di particolare impegno professionale.

In particolare:

A) *Onorario professionale.*

I) Ai medici iscritti negli elenchi della medicina generale è corrisposto per ciascun assistibile in carico un compenso forfettario annuo, come da tabella che segue, distinto secondo l'anzianità di laurea del medico.

Compenso forfettario annuo

Anzianità di laurea	*a)* dal 1-7-1987	*b)* dal 1-1-1988
da 0 a 6 anni	19.324	20.329
oltre 6 fino a 13 anni	21.194	22.296
oltre 13 fino a 20 anni	23.142	24.344
oltre i 20 anni	25.088	26.392

Per il periodo 1° gennaio 1986-30 giugno 1987, sui compensi liquidati ai medici al titolo in questione secondo la tabella di cui all'art. 34 del decreto del Presidente della Repubblica n. 882/84, è corrisposta una maggiorazione del 12,76% (dodici e settantasei per cento).

II) Ai medici di medicina generale che svolgano la propria attività sotto forma di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 27, l'onorario professionale è dovuto nelle seguenti misure annue:

Compenso forfettario annuo

Anzianità di laurea	1987	1988
da 0 a 6 anni	20.241	21.719
oltre 6 fino a 13 anni	22.200	23.820
oltre 13 fino a 20 anni	24.241	26.009
oltre i 20 anni	26.279	28.197

B) *Quota aggiuntiva professionale.*

Per lo svolgimento di specifiche e più qualificate prestazioni professionali a favore dei propri assistiti, quali la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale (art. 19), la compilazione per estratto della suddetta scheda da rilasciarsi ai fini del ricovero in strutture di degenza nonché del servizio militare di leva (art. 24), il consulto con il medico specialista (art. 21), la continuità assistenziale nei confronti dei propri assistibili mediante accesso alle strutture di degenza (art. 22), ai medici è corrisposta, per ciascun assistibile in carico, una quota aggiuntiva professionale nella misura annua specificata nella tabella che segue:

Quota aggiuntiva professionale annua

Anzianità di laurea	*a)* dal 1-7-1987	*b)* dal 1-1-1988
da 0 a 6 anni	1.376	2.085
oltre 6 fino a 13 anni	1.509	2.287
oltre 13 fino a 20 anni	1.648	2.497
oltre i 20 anni	1.787	2.707

C) *Indennità di piena disponibilità.*

A far data dal 1° gennaio 1986, ai sanitari che svolgono esclusivamente attività di medico di medicina generale ai sensi del presente accordo e che non hanno altro tipo di rapporto — di dipendenza o convenzione — con il Servizio sanitario nazionale, ad esclusione di rapporti nell'ambito della guardia medica e della medicina dei servizi, di quelli di medico-generico di ambulatorio di cui alla norma finale annessa all'accordo con gli specialisti ambulatoriali nonché di rapporti intrattenuti con il Ministero della sanità per l'erogazione dell'assistenza medico-generica a questo demandata dalla legge n. 833/78, o con altre istituzioni pubbliche o private, spetta per ciascun assistibile in carico e fino alla concorrenza del massimale di 1.500 scelte, un'indennità annua, nelle seguenti misure:

1) per i primi 500 assistibili:

Indennità di piena disponibilità

Anzianità di laurea	1986	1987	1988
da 0 a 6 anni	878	1.757	2.662
oltre 6 fino a 13 anni	934	1.868	2.831
oltre 13 fino a 20 anni	992	1.983	3.006
oltre 20 anni	1.049	2.099	3.181

2) per gli assistibili da 501 a 1.500:

Indennità di piena disponibilità

Anzianità di laurea	1986	1987	1988
da 0 a 6 anni	812	1.625	2.462
oltre 6 fino a, 13 anni	868	1.736	2.631
oltre 13 fino a 20 anni	926	1.851	2.806
oltre 20 anni	983	1.967	2.981

D) *Indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale.*

I) Ai medici di medicina generale è corrisposto per ciascun assistibile in carico un'indennità forfettaria annua, come da tabella che segue:

Indennità di rischio e avviamento professionale

	a) dal 1-7-1987	*b)* dal 1-1-1988
per i primi 500 assistibili	10.288	10.822
per gli assistibili da 501 fino al massimale o alla quota individuale	8.063	8.482

Per il periodo 1° gennaio 1986-30 giugno 1987, sulle indennità liquidate ai medici al titolo in questione secondo i valore indicati nell'art. 34, lettera *c)*, del decreto del Presidente della Repubblica n. 882/84, è corrisposta una maggiorazione del 12,76% (dodici e settantasei per cento).

II) Ai medici di medicina generale che svolgono la propria attività sotto forma di medicina di gruppo ai

sensi dell'art. 27, l'indennità è dovuta nelle seguenti misure annue:

Indennità di rischio e avviamento professionale

	a) 1987	*b)* dal 1-1-1988
per i primi 500 assistibili	10.776	11.562
per gli assistibili da 501 fino al massimale o alla quota individuale	8.446	9.062

III) Per lo svolgimento delle specifiche e più qualificate prestazioni indicate alla precedente lettera *B)*, all'indennità di rischio e di avviamento professionale di cui ai punti I) e II) che precedono sono apportate le maggiorazioni annue appresso indicate:

Indennità di rischio e avviamento professionale

	dal 1-1-1987	dal 1-1-1988
fino a 500 assistibili	855	1.295
da 501 assistibili fino al massimale o alla quota individuale	670	1.015

IV) Nulla è dovuto a titolo di indennità di rischi e avviamento professionale per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

E) *Concorso nelle spese per la produzione del reddito.*

I) Ai medici iscritti negli elenchi di medicina generale è corrisposto un concorso nelle spese sostenute in relazione alle attività professionali e in particolare per la disponibilità dello studio medico, per la disponibilità del telefono, per i mezzi di trasporto necessari e per ogni altro strumento utile allo svolgimento dell'attività a favore degli assistiti.

Al titolo in questione per ciascun assistibile in carico è corrisposto un concorso spese nelle misure risultanti dalla tabella che segue:

Concorso nelle spese di produzione del reddito

	a) dal 1-7-1987	*b)* 1-1-1988
per i primi 500 assistibili	10.288	10.822
per gli assistibili da 501 fino al massimale o alla quota individuale	8.063	8.482

Per il periodo 1° gennaio 1986-30 giugno 1987 sulle somme liquidate ai medici a titolo di concorso spese secondo i valori indicati nell'art. 34, lettera *b)*, del decreto del Presidente della Repubblica n. 882/84, è corrisposta una maggiorazione del 12,76% (dodici virgola settantasei per cento).

II) Ai medici di medicina generale che svolgono la propria attività sotto forma di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 27, il concorso spese è dovuto nelle seguenti misure annue:

Concorso nelle spese di produzione del reddito

	a) 1987	*b)* dal 1-1-1988
per i primi 500 assistibili	10.776	11.562
per gli assistibili da 501 fino al massimale o alla quota individuale	8.446	9.062

III) Per lo svolgimento delle specifiche e più qualificate prestazioni indicate alla precedente lettera *B)*, al concorso nelle spese di cui ai punto I) e II) che precedono sono apportate le maggiorazioni annue appresso indicate:

Concorso nelle spese di produzione del reddito

	a) dal 1-7-1987	*b)* dal 1-1-1988
fino a 500 assistibili	611	925
da 501 assistibili fino al massimale o alla quota individuale	479	725

IV) Nulla è dovuto a titolo di concorso spese per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

Il concorso nelle spese viene erogato mensilmente in acconto dall'U.S.L. in misura intera. Il medico ha l'obbligo di comprovare l'entità delle spese effettivamente sostenute per lo svolgimento dell'attività convenzionata in occasione della presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini del'IRPEF.

A tale scopo egli è tenuto a presentare all'U.S.L. la sola fotocopia, sottoscritta per conformità, del quadro E del modello 740, per la voce afferente agli introiti, alle spese e agli oneri deducibili (dalla voce 1 alla voce 12).

I medici che ai fini della denuncia IRPEF compilano il riquadro E1, esibiscono fotocopia di tale riquadro corredata della documentazione probatoria di spesa con dichiarazione di responsabilità.

Qualora il medico abbia denunciato unicamente proventi soggetti a ritenuta di acconto ed essi siano pari ai compensi percepiti per l'attività svolta ai sensi del presente accordo, l'U.S.L. nel caso che il totale delle spese risulti inferiore al concorso nelle spese di produzione del reddito, provvederà a trattenere la somma eccedente sugli emolumenti da corrispondere al medico nei mesi successivi.

Laddove, invece, il medico abbia denunciato proventi di importo superiore ai compensi percepiti per l'attività convenzionata, dovrà essere imputata allo svolgimento di tale attività una percentuale del totale delle spese pari al rapporto tra i proventi derivanti dall'attività convenzionale e il totale degli introiti denunciati.

In questo caso, qualora il medico abbia introitato proventi per prestazioni che non hanno comportato spese professionali, egli potrà dimostrare all'U.S.L. l'ammontare e l'origine per i conseguenti riflessi sul calcolo di cui al comma precedente.

Il contributo non compete o compete in misura proporzionalmente ridotta, quando il medico ritenga di avvalersi, per l'espletamento degli obblighi convenzionali, di servizi e personale di collaborazione forniti dall'U.S.L.

In tal caso l'U.S.L. accerta e documenta le spese sostenute per assicurare al medico convenzionato, per questa sua specifica attività, servizi e personale di collaborazione: ove il medico non concordi, l'accertamento effettuato dall'U.S.L. viene verificato in sede di comitato *ex* art. 36, tenendo presente l'entità sia dell'attività convenzionale svolta sia dei compiti di medicina pubblica esercitati nella medesima struttura, nonché l'opportunità di incentivare la più ampia capillarizzazione del servizio pubblico.

Verificata la spesa di cui al comma precedente, essa va imputata innanzitutto alle somme da corrispondere al medico a titolo di concorso nelle spese di produzione del reddito; ove non vi sia capienza, l'eccedenza va imputata alle somme da corrispondere al medico a titolo di indennità forfettaria a copertura del rischio e avviamento professionale di cui al precedente punto D).

F) *Compenso di variazione dell'indice del costo della vita.*

Le parti convengono che ai medici iscritti negli elenchi della medicina generale sono attribuite quote mensili di carovita determinate in linea con i criteri di cui alla legge n. 38 del 26 febbraio 1986 e all'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica n. 13 del 1° febbraio 1986, con le seguenti specificazioni:

a) l'adeguamento delle quote di caro-vita avviene con cadenza semestrale, con riferimento alla variazione dell'indice sindacale registrato nel semestre precedente;

b) il primo semestre di attuazione decorre dal mese di novembre 1985 e termina il mese di aprile 1986; pertanto il primo adeguamento decorre dal 1° maggio 1986;

c) le quote vengono corrisposte in aggiunta a quelle dovute alla data del 1° novembre 1985 in base alle norme del decreto del Presidente della Repubblica n. 882/84;

d) il compenso tabellare che, sommato alle quote di caro-vita spettanti nel semestre precedente, costituisce la base di calcolo per l'applicazione dei criteri di cui alla legge n. 38/86 e al decreto del Presidente della Repubblica n. 13/86, è rappresentato dal valore iniziale dell'onorario professionale di cui alla lettera *A)*, individuato in L. 18.350 per l'anno 1986, L. 19.324 per l'anno 1987 e L. 20.329 per l'anno 1988, moltiplicato per il numero delle scelte in carico al singolo medico in ciascun mese, con il tetto massimo di 1.500 scelte;

e) ai medici con un numero di scelte inferiore a 477 unità spetta un incremento delle quote di caro-vita corrispondente a quello riferito a 477 scelte decurtato di un decimo per ogni 50 scelte — o frazione di 50 superiore a 25 — al di sotto del limite di 477.

Le quote di cui al comma precedente non spettano a coloro che comunque e a qualsiasi titolo usufruiscano di meccanismi automatici di adeguamento dei compensi al costo della vita.

Le quote di caro-vita spettano ai pensionati che, in quanto tali, non fruiscano dell'indennità integrativa speciale.

G) *Contributo previdenziale.*

Per i medici iscritti negli elenchi della medicina generale viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui al secondo comma del punto 6) dell'art. 9 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 20% (venti per cento) dell'ammontare degli emolumenti relativi ai punti A), B) ed F) del presente articolo, di cui il 13% a carico della U.S.L. e il 7% a carico del medico.

I contributi devono essere versati all'ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro trenta giorni successivi alla scadenza del trimestre.

H) *Contributo per assicurazione di malattia.*

Per far fronte al pregiudizio derivante dagli eventi di malattia è posto a carico del servizio pubblico, a far data dal 1° gennaio 1987, un onere pari allo 0,5% (zero virgola cinque per cento) dei compensi relativi ai punti A), B) ed F) del presente articolo, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui alla lettera G), le UU.SS.LL. versano all'E.N.P.A.M. il contributo per assicurazione di malattia affinché provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo avranno provveduto a stipulare apposito contratto di assicurazione.

I) *Compensi per eventuali visite occasionali e prestazioni di particolare impegno professionale.*

Ai medici spettano, infine, il compenso per le eventuali visite occasionali di cui all'art. 30 e il compenso per le prestazioni di particolare impegno professionale di cui all'allegato *F*.

In ogni caso gli emolumenti riferiti alle prestazioni di particolare impegno professionale, da corrispondere con cadenza quadrimestrale, non possono superare nell'arco del quadrimestre il cinquanta per cento dei compensi spettanti al medico a titolo di onorario professionale di cui alla lettera A).

Maggiorazioni per zone disagiatissime comprese le piccole isole.

Per lo svolgimento di attività in zone identificate dalle regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai medici un compenso accessorio annuo nella misura e con le modalità concordate a livello regionale con i sindacati di categoria più rappresentativi.

Tempi e modi di pagamento.

I compensi di cui alle lettere A), B), C), D), E) ed F), sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati,

unitamente a quelli relativi alle visite occasionali, mensilmente entro la fine del mese successivo a quello di competenza.

Ai soli fini della correntezza del pagamento dei compensi ai medici di medicina generale si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle UU.SS.LL.

Le variazioni di retribuzioni relative ai passaggi di fascia per quanto riguarda l'anzianità di laurea del medico saranno effettuate una sola volta all'anno: il primo gennaio dell'anno in considerazione, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il 1° gennaio dell'anno successivo se la variazione cade tra il 1° luglio e il 31 dicembre.

Art. 42.

Guardia medica e assistenza nelle località turistiche

In ogni regione è istituito un servizio di guardia medica urgente notturna e festiva che ha inizio alle ore 20 del giorno feriale e cessa alle ore 8 del giorno successivo; alle ore 14 del sabato e cessa alle ore 8 del post-festivo; infine alle ore 14 del prefestivo e cessa alle ore 8 del post-festivo.
In ogni regione è istituito, altresì, un servizio stagionale di assistenza ai villeggianti nelle località turistiche.

Art. 43.

Durata dell'accordo

Il presente accordo ha durata triennale e scade il 30 giugno 1988.

Norma finale n. 1

I sanitari che alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo risultano iscritti negli elenchi dei medici di medicina generale convenzionati con le UU.SS.LL., sono confermati nel rapporto convenzionale, salva l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità e salvo il disposto della norma transitoria n. 2.

Norma finale n. 2

Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni interpretative e applicative aventi rilevanza generale nonché problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura, ecc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'accordo, formino oggetto di esame tra le parti nel corso di apposite riunioni convocate dal Ministero della sanità, anche su richiesta di parte sindacale.

Norma transitoria n. 1

Nelle more di una regolamentazione dei rapporti fra sanità civile e sanità militare, che partendo dalle indicazioni dell'art. 11 della legge n. 833/78, consenta una effettiva integrazione fra i due sistemi a tutto vantaggio dei cittadini che prestano servizio militare e con piena utilizzazione delle strutture militari, la norma di cui al 6° comma dell'art. 13 viene estesa ai medici militari titolari di convenzione alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'accordo.

Vengono fatte salve le situazioni particolari di carenza di medici civili in aree prive di collegamenti funzionali con i servizi territoriali delle UU.SS.LL. nelle quali risiedono familiari di militari.

Norma transitoria n. 2

In fase di prima applicazione dell'accordo è dichiarato immediatamente decaduto dal rapporto convenzionale il medico che essendo stato iscritto negli elenchi dei medici di medicina generale per effetto di quanto disposto dall'art. 12 dell'«Accordo nazionale tipo per le convenzioni nazionali uniche per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici generici e pediatri», siglato il 7 gennaio 1978 e completato e perfezionato il successivo 31 maggio 1978, e avendo ininterrottamente mantenuto l'iscrizione nel medesimo elenco fino alla data del 31 dicembre 1986, a quest'ultima data risulti titolare di un numero di scelte non superiore a cinquanta unità.

Norma transitoria n. 3

Le parti convengono che per l'anno 1987 hanno valore le graduatorie regionali formate nell'anno 1986 sulla base dei criteri di cui all'accordo collettivo nazionale reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica n. 882 del 1984.

Norma transitoria n. 4

È fatto divieto di costituire associazioni ai fini del rientro nel massimale.

Le associazioni in atto alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo cessano di diritto entro sessanta giorni.

I medici che, alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica di cui al comma precedente abbiano in carico un numero di scelte eccedenti il proprio massimale debbono, entro trenta giorni dalla suddetta data, dichiarare alla U.S.L. la propria volontà di rientrare nel proprio massimale o quota individuale attraverso la ricusazione delle scelte eccedenti.

Entro i successivi trenta giorni, sono tenuti a presentare alla propria U.S.L., l'elenco nominativo degli assistiti ricusati.

Nel caso in cui il medico non esprima la volontà di cui al terzo comma, la U.S.L. provvede al rientro attraverso uno dei seguenti sistemi:

1) cancellazione d'ufficio delle scelte eccedenti il massimale o la quota individuale dando priorità a quelle relative a minori di età inferiore a sei anni, ad assistiti aventi la propria residenza in ambito territoriale diverso da quello della scelta e infine agli iscritti nell'elenco del medico in data più recente;

2) cancellazione d'ufficio di tutte le scelte in carico al medico, invitando nel contempo, i cittadini interessati ad effettuare la scelta del medico di fiducia.

Nel periodo intermedio al medico verrà corrisposto un compenso complessivo mensile forfettario convenzionalmente determinato in misura pari al massimale di 1.500 scelte o a quello individuale se trattasi di medico soggetto a limitazioni, secondo le modalità di cui all'art. 2, punto 9 del regolamento dell'associazione di cui al decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981, fermo restando l'obbligo della prestazione dell'assistenza nei confronti degli assistiti già in carico che ne facciano richiesta.

La cessazione della corresponsione del compenso forfettario avrà effetto con la consegna dell'elenco delle nuove scelte.

La U.S.L. competente è tenuta ad effettuare la consegna dell'elenco delle nuove scelte entro il termine massimo di sessanta giorni.

Qualora la U.S.L. non abbia posto in essere gli adempimenti di cui sopra l'assessore regionale alla sanità vi provvede direttamente.

Nei casi in cui sia stata costituita, ai fini del rientro nei massimali, l'associazione con medico non inserito negli elenchi per la medicina generale, a partire dalla data prevista dal secondo comma della presente norma transitoria è istituito fino al rinnovo del presente accordo, uno speciale elenco regionale articolato per U.S.L. di «medici ex associati». I medici inseriti in tale elenco non fanno parte dell'elenco dei medici di medicina generale di cui all'art. 5, primo comma.

Possono essere inseriti in tale elenco i medici che alla data del 31 dicembre 1986 erano associati da almeno diciotto mesi e che alla data di costituzione della associazione percepivano emolumenti per almeno duecento quote capitarie.

Ai suddetti medici viene attribuito un codice regionale ed un massimale individuale provvisori pari a 500 o, se più elevato, pari al numero delle quote per le quali venivano retribuiti alla data del 31 dicembre 1986.

L'attribuzione del massimale di cui sopra consente l'acquisizione di scelte diverse da quelle provenienti dal titolare dell'associazione soltanto ai fini della reintegrazione del massimale di 500 scelte.

In caso di cessazione del rapporto convenzionale del medico titolare nell'arco di validità del presente accordo, al medico ex associato possono essere attribuite scelte già in carico al titolare fino ad un massimale pari a 1.000.

I medici inseriti nell'elenco speciale devono essere in possesso di tutti i requisiti soggettivi ed oggettivi previsti dal presente accordo per i medici convenzionati.

A tali medici, oltre ai normali compensi riferiti alle scelte di cui diventano titolari, continuano ad essere corrisposti — fino al compimento delle operazioni di rientro interessanti il medico associante e comunque per non oltre tre mesi — i compensi di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 882/84 relativi alle scelte ancora in carico in eccedenza al medico associante.

Norma transitoria n. 5

Le parti concordano che il medico di medicina generale può comunque assumere in cura i nati dopo la data di entrata in vigore del presente accordo appartenenti a famiglie presso le quali il medico stesso abbia in cura fin dalla nascita uno o più minori.

I minori che abbiano compiuto il sesto anno di età possono essere assegnati al medico di medicina generale.

Dichiarazione a verbale n. 1

Il Ministero della sanità conviene che tra i titoli di servizio valutabili ai fini dei concorsi per il personale medico dipendente del Servizio sanitario nazionale sia dato rilievo all'attività di medico di medicina generale convenzionato.

Dichiarazione a verbale n. 2

Le parti valutano positivamente che a livello locale siano adottate forme di organizzazione dell'attività specialistica extra-degenza tali da favorire, per particolari patologie che richiedono ripetuti interventi del medico specialista, una continuità di rapporti tra professionista e paziente.

Dichiarazione a verbale n. 3

Il medico di medicina generale convenzionato, in quanto operatore del Servizio sanitario nazionale a livello del distretto di base previsto dal terzo comma dell'art. 10 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, collabora al pieno funzionamento del distretto stesso, inteso come struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

A tal fine utilizza, in particolare, la scheda sanitaria individuale e gli altri strumenti all'uopo predisposti, partecipando al processo di informatizzazione diffusa dei medici di base, secondo modalità concordate a livello regionale.

L'impegno di cui al primo comma del presente articolo è mirato alla formazione di un giudizio collettivo sulle principali caratteristiche e bisogni sanitari della popolazione in determinati ambiti territoriali, nonché all'avvio in concreto di atti di politica preventiva, di aggiornamento professionale e di educazione sanitaria, in un rapporto organizzato con le popolazioni interessate e le loro rappresentanze istituzionali e non può in conseguenza prescindere da un lavoro collegiale di tutti gli operatori del distretto, allo svolgimento del quale pertanto, il medico di medicina generale convenzionato è tenuto.

Dichiarazione a verbale n. 4

Le parti convengono che i compiti affidati dal presente accordo all'A.N.C.I. regionale saranno espletati dall'assemblea dei presidenti delle UU.SS.LL. interessate quando la sezione regionale dell'A.N.C.I. non risulti costituita.

Dichiarazione a verbale n. 5

Le parti chiariscono che le dizioni regioni, amministrazione regionale, giunta regionale, assessore regionale

alla sanità usate nel testo dell'accordo valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle province autonome di Trento e Bolzano.

Chiariscono inoltre che le dizioni «ordine dei medici», «federazione regionale degli ordini dei medici» e «federazione nazionale degli ordini dei medici» vanno intese come «ordine dei medici e degli odontoiatri», «federazione regionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri», e «federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri».

Dichiarazione a verbale n. 6

La parte pubblica s'impegna a promuovere il riesame della materia delle certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione ai vari livelli di formazione scolastica, in modo da contenerne le prescrizioni nei limiti e secondo le procedure più aderenti alle loro effettive necessità, anche ai fini di sburocratizzare l'atto medico.

Dichiarazione a verbale n. 7

La parte pubblica, in relazione alla specifica richiesta formulata dai sindacati firmatari, si impegna a promuovere iniziative finalizzate alla revisione dell'attuale disciplina legislativa in materia di visite occasionali.

Dichiarazione a verbale n. 8

Per la partecipazione alle riunioni della commissione di disciplina di cui all'art. 38 all'esperto di parte medica spettano, a carico della regione, i compensi fissati a livello regionale.

ALLEGATO *A*

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI CUI ALL'ART. 2 DELL'ACCORDO NAZIONALE CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Applicare marca da bollo (d.P.R. 26-10-1972)

All'assessorato alla sanità della regione

I....... sottoscritt......... dott..

nato a.. (provincia di ....),

il .... residente in..

(provincia di ....) c.a.p. .... via...

chiede

secondo quanto previsto dai relativi accordi collettivi nazionali ex art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di essere inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 2 dell'accordo nazionale con i medici di medicina generale, da valere per l'anno 19.......

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:
un certificato di iscrizione all'ordine dei medici (1);
n. .... documenti relativi ai titoli in suo possesso — valutabili ai fini della graduatoria predetta — e specificati nel prospetto interno (2).

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

☐ la propria residenza ☐ il domicilio sotto indicato

c/o.. (telef. (............) ....)

via/piazza.. n. .... c.a.p. ....

località.. (provincia di ....)

(data) (firma per esteso del medico)

Avvertenze importanti

1) L'attestazione dell'ordine dei medici deve avere la data di rilascio non superiore a tre mesi dalla data di presentazione della domanda.

2) I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in originale o copia autenticata, secondo le disposizioni di legge vigenti, e in regola con la legge sul bollo.

3) La documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione; non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

4) I documenti allegati alla domanda eventualmente presentati l'anno precedente sono acquisiti agli atti *purché ne venga fatto espresso riferimento e sempreché siano tali da poterne consentire la valutazione.* Dovrà invece essere allegata tutta la documentazione relativa a titolo ed attività svolti successivamente alla data di presentazione della precedente domanda e fino al 31 maggio dell'anno in corso.

VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITA SVOLTA

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Codice └┴┴┴┘ Cognome . . . . Nome . . . .

residente in . . . . via . . . .

U.S.L. └┴┴┘ domanda spedita il . . . . prot. n.
(residenza)

(Parte da riempire a cura del candidato)

1 — Iscrizione albo professionale
(0,01 punti per mese di iscrizione)
dal.. al .... = m. .... gg. .... × 0,01 = p. ....

Iscrizione albo professionale delle province regione
(più 0,01 punti per mese di iscrizione)
dal.. al .... = m. .... gg. .... × 0,01 = p. ....

A (2) | B (3)

2 — Diploma di laurea conseguito con votazione di 110/110
(punti 1,00) . . . . = p. ....

3 — Diploma di laurea conseguito con votazione da 105 a 109
(punti 0,50) . . . . = p. ....

4 — Diploma di laurea conseguito con votazione da 100 a 104
(punti 0,30) . . . . = p. ....

5 — Specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti, ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella *B*, e successive integrazioni
(punti 2,00)

specializzazione in. . . . .

specializzazione in. . . . .

specializzazione in. . . . . Totale n. .... × 2,00 = p. ....

6 — Specializzazione o libera docenza in discipline affini alla medicina generale, ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella *B*, e successive integrazioni
(punti 0,50)

specializzazione in. . . . .

specializzazione in. . . . .

specializzazione in. . . . . Totale n. .... × 0,50 = p. ....

7 — Tirocinio abilitante svolto ai sensi della legge n. 148 del 18 aprile 1975
(punti 0,10) . . . . = p. ....

8 — Corsi di aggiornamento professionale
(punti 0,10 per ogni corso frequentato, ai sensi dell'art. 3, lettera *f*, dell'accordo nazionale)

presso .... durata..

presso .... durata..

presso .... durata..

presso .... durata.. Totale n. .... × 0,10 = p. ....

(Parte da riempire a cura del candidato)

A (2)	B (3)		
		9 — Medico generico convenzionato compresa attività svolta in qualità di associato punti (0,20 per mese di attività)	
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
			Totale n. .... × 0,20 = p. ....
		10 — Stessa attività di cui al punto 9 prestata nell'ambito della regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento punti (0,30 per mese di attività)	
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
			Totale n. .... × 0,30 = p. ....
		11 — Attività di sostituzione di medico di medicina generale, svolta ai sensi dell'art. 3 - II - n. 2, dell'accordo nazionale punti (0,20 per ciascun mese)	
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
		dal .... al	= m. .... gg. ....
			Totale n. .... × 0,20 = p. ....
		12 — Servizio effettivo di guardia medica svolto in forma attiva, anche a titolo di sostituzione punti (0,20 per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)	
		U.S.L. .... dal .... al .... ore	= m. .... gg. ....
		U.S.L. .... dal .... al .... ore	= m. .... gg. ....
		U.S.L. .... dal .... al .... ore	= m. .... gg. ....
		U.S.L. .... dal .... al .... ore	= m. .... gg. ....
		U.S.L. .... dal .... al .... ore	= m. .... gg. ....
		U.S.L. .... dal .... al .... ore	= m. .... gg. ....
			Totale ore .... m. .... × 0,20 = p. ....

(Parte da riempire a cura del candidato)

A (2)	B (3)

13 - Servizio di guardia medica svolta in forma di disponibilità (punti 0,05 per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)

U.S.L. .... dal .... al .... ore........................ = m. .... gg. ....

U.S.L. .... dal .... al .... ore........................ = m. .... gg. ....

U.S.L. .... dal .... al .... ore........................ = m. .... gg. ....

U.S.L. .... dal .... al .... ore........................ = m. .... gg. ....

Totale ore .... m. .... × 0,05 = p. ....

14 — Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle regioni o dalle UU.SS.LL. (punti 0,10 per mese di attività)

U.S.L. .... dal .... al .... = m. .... gg. ....

U.S.L. .... dal .... al .... = m. .... gg. ....

U.S.L. .... dal .... al .... = m. .... gg. ....

Totale ore .... m. .... × 0,10 = p. ....

15 — Attività professionale prestata come medico dipendente da strutture ospedaliere pubbliche (compresa quella derivante da incarichi temporanei), o come medico militare (punti 0,10 punti per mese di attività)

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

Totale m. .... × 0,10 = p. ....

16 — Attività professionale medica svolta all'estero in medicina interna o disciplina affine ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38 e della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni (punti 0,10 per mese di attività)

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

Totale m. .... × 0,10 = p. ....

17 — Attività professionale di medico di medicina generale svolta presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono (punti 0,10 per mese di attività)

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

.... dal .... al .... = m. .... gg. ....

Totale m. .... × 0,10 = p. ....

(Parte da riempire a cura del candidato)

A (2)	B (3)		
		18 — Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (punti 0,05 per mese di attività)	
		.... dal .... al	= m. .... gg. ....
			Totale m. .... × 0,05 = p. ....
		19 — Attività professionale diversa da quella considerata al punto 15 prestata come medico dipendente da amministrazioni pubbliche (punti 0,05 per mese di attività)	
		.... dal .... al	= m. .... gg. ....
		.... dal .... al	= m. .... gg. ....
		.... dal .... al	= m. .... gg. ....
		.... dal .... al	= m. .... gg. ....
			Totale m. .... × 0,05 = p. ....
		Firma del medico	Totale punteggio complessivo ....

(1) Cancellare la dizione che non interessa.
(2) Barrare la colonna «A» in corrispondenza dei titoli allegati alla presente domanda.
(3) Barrare la colonna «B» in corrispondenza dei titoli che sono stati presentati in precedenza e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.

ALLEGATO *B*

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

I rapporti economici tra medico sostituto e quello sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della U.S.L., sono regolati tenendo conto dell'uso delle attrezzature e delle altre spese oltre che della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

L'onorario professionale e il compenso di variazione degli indici del costo della vita, se percepito dal medico sostituito, devono essere corrisposti al medico sostituto.

Se il medico sostituto svolge la propria attività professionale usufruendo dello studio e delle attrezzature del medico sostituito, a detto medico sostituto spetta il 15% del concorso delle spese per la produzione del reddito, in quanto quest'ultimo utilizza il proprio mezzo di trasporto per l'espletamento delle visite domiciliari.

L'indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale rimane di esclusiva competenza del medico sostituito.

La variazione relativa alla maggiore o minore morbilità si individua nella misura del 20%, per cui nei mesi di aprile-maggio, ottobre-novembre, al medico sostituto, sarà corrisposta, secondo le modalità anzidette, la cifra globale sopra individuata.

Tale cifra sarà aumentata del 20% nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo e sarà diminuita del 20% nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

ALLEGATO C

Servizio Sanitario Nazionale

Regione .... N. 000 000 000

Diagnosi ....

Riservato alla U.S.L.	1	2	3	4	U.S.L. N. ....

Servizio Sanitario Nazionale

Regione ....

U.S.L. ....

U.S.L. di residenza..

(cognome e nome)

N. libretto

(spazio indirizzo nei casi previsti dalla legge)

U.S.L. di ....

U.S.L. del medico ....

Esente dalla quota di partecipazione alla spesa (*)

N. doc. U.S.L. ....

N. 000 000 000

Spazio riservato alla farmacia	
Galenici	Preconfezionati

Provenienza della richiesta

☐ Servizi U.S.L.

Prescrizione-Proposta N. 000 000 000

(data)

timbro, n. regionale e firma del medico

Spazio riservato per fustellati
o autorizzazioni

Riserv. Regione N. Progr. Rich.

1 2 3 4

Timbro e data di spedizione

(*) Barrare la voce che interessa. In caso di esenzione il medico deve trascrivere gli estremi del documento rilasciato dalla U.S.L. per attestare il diritto all'esenzione stessa.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Avvertenze

1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione indicata nella ricetta.

2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di dieci giorni escluso quello di emissione.

3) L'utente qualora non usufruisca dell'esenzione dal pagamento è tenuto a corrispondere direttamente alla farmacia l'importo relativo al concorso spese, sul prezzo di vendita al pubblico dei prodotti medicinali, nella misura stabilita dalla legge.

4) Per la spedizione delle ricette fuori dell'orario normale di apertura delle farmacie, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'ente erogatore in caso di chiamata notturna a battenti chiusi, quando la ricetta riporti apposita annotazione del medico curante attestante il carattere di urgenza della prescrizione.

5) E vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

6) Sulla copia della ricetta per la prescrizione delle sostanze stupefacenti ex art. 43 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, da inviare alla U.S.L., il medico prescrivente deve apporre il numero del documento sanitario dell'utente nonchè la propria firma e il timbro attestante la propria posizione di medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

(*) Il presente modulo può essere utilizzato anche per le proposte di ricovero ospedaliero, per la richiesta di prestazioni specialistiche e cure termali, nonchè per tutte le certificazioni gratuite previste dalla legge e dalla convenzione (escluse le certificazioni di malattia per i lavoratori dipendenti).

(**) All'atto del ritiro dei blocchetti di prescrizione-proposta presso gli uffici della U.S.L., il medico restituisce alla U.S.L. medesima le matrici, complete in ogni voce, dei blocchetti utilizzati.

ALLEGATO *D*

SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

Caro collega,
invio in ospedale ...l... paziente sig...

1) Motivo del ricovero ....

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto ....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria...

....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata, in busta chiusa, una esauriente relazione clinica.

Data. .... Dott.

Recapito telefonico ....

ALLEGATO *E*

DA CONSEGNARE — A CURA DEL LAVORATORE — AL DATORE DI LAVORO
(vedere avvertenze in calce)

Servizio sanitario nazionale

Regione .... n. progressivo ....

ATTESTATO DI MALATTIA

(Cognome e nome) (numero libretto)

Prognosi clinica di giorni ....

Dichiara di essere ammalato dal ....

Data, ...

(timbro e firma del medico)

Avvertenze per il lavoratore

1) L'attestato, a cura del lavoratore (anche se disoccupato da non oltre sessanta giorni) deve essere recapitato o trasmesso, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, al datore di lavoro entro due giorni dal rilascio. Nei soli casi particolari in cui le prestazioni economiche sono corrisposte direttamente dall'I.N.P.S., i datori di lavoro devono comunicare entro tre giorni dal ricevimento degli «attestati», i dati salariali all'I.N.P.S. medesimo.

2) Il certificato, a cura del lavoratore (anche se disoccupato da non oltre sessanta giorni) deve essere recapitato o trasmesso a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, entro due giorni, agli uffici dell'I.N.P.S., se ente erogatore dell'indennità di malattia, che sono ubicati di norma presso le sezioni territoriali ex INAM, nella cui circoscrizione risiede il lavoratore interessato. Il lavoratore stagionale, invece, deve recapitare o trasmettere il certificato, secondo le modalità predette, agli uffici dell'I.N.P.S., ubicati presso le sezioni territoriali ex INAM nel cui ambito è ubicata l'azienda ove l'interessato svolge la propria attività.

3) Tenuto conto che l'indennità spetta per la durata della malattia (prognosi) indicata nell'attestato, il lavoratore, in caso di prosecuzione oltre la prognosi, deve documentare la circostanza mediante attestato medico di continuazione della malattia, secondo le modalità e i termini indicati ai punti precedenti.

4) Il ritardo nell'invio o nella presentazione della documentazione sanitaria comporta la perdita del diritto all'indennità giornaliera per i giorni di ritardo.

5) Il lavoratore deve accertare che nel certificato siano stati chiaramente indicati il proprio cognome e nome e numero di libretto; inoltre dovrà compilare accuratamente l'apposito riquadro in calce al certificato destinato all'I.N.P.S.

6) La visita medica a domicilio, se richiesta entro le ore dieci, sarà eseguita di norma nel corso dello stesso giorno; se richiesta, invece, dopo le ore dieci, sarà effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

B

DA CONSEGNARE — A CURA DEL LAVORATORE — ALL'I.N.P.S.
(Vedere avvertenze in calce al modulo A)

Servizio sanitario nazionale

Regione .... n. progressivo ....

CERTIFICATO DI DIAGNOSI
(da compilarsi a cura del medico)

(Cognome e nome) (numero libretto)

Prognosi clinica di giorni ....

Dichiara di essere ammalato dal ....

Data, ...

(timbro e firma del medico)

Diagnosi

RIQUADRO DA COMPILARSI A CURA DEL LAVORATORE

Cognome e nome Luogo e data di nascita

Indirizzo durante la malattia (da compilarsi anche se trattasi di indirizzo abituale)

A.F. corrisposti dal datore di lavoro

A.F. percepiti direttamente dall'I.N.P.S. come pensionato

☐ Operaio ☐ Impiegato ☐ Apprendista

(Indicare il datore di lavoro, il relativo indirizzo ed il settore economico: industria, commercio, agricoltura ecc.) ....

☐ Stagionale

☐ Disoccupato o sospeso senza trattamento di cassa integrazione guadagni (indicare l'ultimo datore di lavoro e relativo indirizzo)

☐ Lavoratore agricolo, iscritto nell'elenco anagrafico del comune di ....

☐ Lavoratore autonomo (artigiano, commerciante, coltivatore diretto, mezzadro o colono)

L'incapacità lavorativa è stata causata da:

☐ Infortunio sul lavoro ☐ SI ☐ NO

☐ Terzi (es. incidente stradale, ecc.) ☐ SI ☐ NO

☐ Inizio malattia ☐ Continuazione ☐ Fine

Barrare la voce che interessa.

ALLEGATO *F*

PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE

1) Incisione di accesso profondo, di flemmone favo o mastite	L.	40.000
2) Sutura di ferita superficiale	»	30.000
3) Cateterismo uretrale nell'uomo	»	20.000
Cateterismo uretrale nella donna	»	10.000
4) Tamponamento nasale anteriore	»	15.000
5) Fleboclisi (unica)	»	20.000
6) Lavanda gastrica	»	20.000
7) Prima medicazione	»	20.000
8) Successive medicazioni	»	10.000
9) Iniezioni di gammaglobuline antitetaniche	»	10.000
10) Vaccinazioni non obbligatorie	»	10.000
11) Trattamento provvisorio di stecca Thomas di fratture di grandi segmenti ossei e di fratture multiple di piccoli segmenti (il materiale usato viene rimborsato a parte dalla U.L.S. mediante presentazione di nota spese)	»	140.000
12) Toracentesi	»	40.000
13) Iniezione sottocutanea desensibilizzante	»	15.000
14) Rimozione di punti di sutura e medicazione	»	20.000
15) Riduzione di lussazione	»	140.000
16) Tappo cerume CUE estrazione	»	15.000
17) Feci: ricerca sangue occulto su tre campioni	»	12.000
18) Glicemia con colorimetro o spettrofotometro su sangue capillare	»	5.000
19) Azotemia con colorimetro o spettrofotometro su sangue capillare	»	5.000
20) Ematocrito e Hb	»	6.000
21) BHCG (test di gravidanza)	»	12.000
22) Streptococco A	»	15.000
23) Gonococco	»	15.000
24) Prelievo vaginale per esame oncocitologico	»	5.000
25) Prelievo vaginale per studio ormonale (tre prelievi)	»	15.000
26) Tampone faringeo: prelievo per esame batteriologico	»	5.000
27) Urine: esame con striscia multiparametrica (almeno 7 parametri)	»	5.000

PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE

1) Ciclo di fleboclisi ambulatoriale (per ogni fleboclisi)	L.	15.000
2) Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	»	10.000
3) Ciclo aereosol o ina azioni caldo-umide (per prestazione singola)	»	10.000

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833, SOTTOSCRITTO IL 4 MARZO 1987.

Ministro della sanità: DONAT CATTIN

Ministro del tesoro: GORIA

Ministro del lavoro: BORRUSO

Regioni:

Veneto: BOGONI
Toscana: MENCHETTI
Emilia-Romagna: ZAGATTI
Lazio: ZIANTONI
Piemonte: OLIVIERI
Umbria: GUIDI

A.N.C.I.: ACOCELLA, PANELLA, MORUZZI, FREDDI, FORNI, BELCASTRO

U.N.C.E.M.: GONZI, POLI

FIMMG: BONI

Associazione nazionale medici condotti: TRECCA

S.N.A.M.I.: GRASSO

F.N.OO.MM.: POGGIOLINI

C.G.I.L. - Medici: CAU

C.I.S.L. - Medici: BONFANTI

U.I.L. - Medici: RICCI

C.U.M.I.: BOSCHERINI

S.U.M.I.: SABETTI

NOTE

Note alle premesse:

— Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è riportato nella nota al dispositivo del decreto.

— Il testo dell'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, recante: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)» è riportato nella nota all'art. 40.

Nota al dispositivo del decreto:

Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 48 (*Personale a rapporto convenzionale*). — L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, da cinque rappresentanti designati dalle Regioni attraverso la Commissione interregionale di cui all'art. 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro trenta giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati in ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati;. le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata all'unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e al numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'art. 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere dentologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e i collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'Ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 28 ottobre 1976, n. 289».

Nota all'art. 1 dell'accordo:

Il testo dell'art. 48 della legge n. 833/1978 è riportato nella nota precedente.

Nota all'art. 2, comma secondo:

La direttiva CEE n. 86/457 del 15 settembre 1986, pubblicata nella «Gazzetta Ufficiale» delle Comunità europee N. L 267/27 del 19 settembre 1986, reca norme relative alla «formazione specifica in medicina generale».

Nota all'art. 3, lettere e) ed f):

Il D.M. 10 marzo 1983 reca: «Elenco delle discipline equipollenti ed affini rispetto alle discipline oggetto degli esami di idoneità e dei concorsi presso le Unità sanitarie locali valevoli per la formazione delle commissioni esaminatrici e per la valutazione dei titoli negli esami di idoneità e nei concorsi di assunzione dei medici, farmacisti e veterinari presso le Unità sanitarie locali».

Nota all'art. 3, lettera g):

La legge 18 aprile 1975, n. 148, reca: «Disciplina sull'assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico. Servizio del personale medico. Dipartimento. Modifica ed integrazione dei decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, numeri 130 e 128».

Nota all'art. 3, lettera h):

Il testo dell'art. 6, lettera *I)*, del decreto del Presidente della Repubblica 16 ottobre 1984, n. 882, è il seguente:

«*I)* corsi di aggiornamento professionale in materie proprie dell'area funzionale della medicina generale, secondo la tabella *B* del decreto ministeriale 10 marzo 1983, di durata almeno trimestrale, documentati da un'attestazione di presenza e di profitto (con esclusione dei corsi di aggiornamento obbligatorio per contratto o convenzione), tenuti da amministrazioni sanitarie pubbliche o equiparate oppure da organizzazioni private sanitarie purché, in quest'ultimo caso, abbiano avuto il riconoscimento formale da parte della FNOOMM come validi ai fini delle graduatorie: per ciascun corso, p. 0,10».

Note all'art. 3, punto 7:

— La legge 9 febbraio 1979, n. 38, reca: «Cooperazione dell'Italia con i Paesi in via di sviluppo».

— La legge 10 luglio 1960, n. 735, reca: «Riconoscimento del servizio sanitario prestato dai medici italiani negli ospedali all'estero».

Note all'art. 4, lettera a):

— Il testo dell'art. 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 47 (*Personale dipendente*). — Lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente articolo, secondo i principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego.

In relazione a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 13, la gestione amministrativa del personale delle unità sanitarie locali è demandata all'organo di gestione delle stesse, dal quale il suddetto personale dipendente sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo.

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 30 giugno 1979, su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i Ministri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare, salvo quanto previsto dall'ottavo comma del presente articolo, lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

1) assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale;

2) disciplinare i ruoli del personale sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo;

3) definire le tabelle di equiparazione per il personale proveniente dagli enti e dalle amministrazioni le cui funzioni sono trasferite ai comuni per essere esercitate mediante le unità sanitarie locali e provvedere a regolare i trattamenti di previdenza e di quiescenza, compresi gli eventuali trattamenti integrativi di cui all'articolo 14 della legge 20 marzo 1975, n. 70;

4) garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici e veterinari dipendenti dalle Unità sanitarie locali, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'articolo 42. Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività;

5) prevedere misure rivolte a favorire, particolarmente per i medici a tempo pieno, l'esercizio delle attività didattiche e scientifiche e ad ottenere, su richiesta, il comando per ragioni di aggiornamento tecnico scientifico;

6) fissare le modalità per l'aggiornamento obbligatorio professionale del personale;

7) prevedere disposizioni per rendere omogeneo il trattamento economico complessivo e per equiparare gli istituti normativi aventi carattere economico del personale sanitario universitario operante nelle strutture convenzionate con quelli del personale delle unità sanitarie locali.

Ai fini di una efficace organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali, le norme delegate di cui al comma precedente, oltre a demandare alla regione il potere di emanare norme per la loro attuazione ai sensi dell'articolo 117, ultimo comma, della Costituzione, dovranno prevedere:

1) criteri generali per l'istituzione e la gestione da parte di ogni regione di ruoli nominativi regionali del personale del Servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali. Il personale in servizio presso le unità sanitarie locali sarà collocato nei diversi ruoli in rapporto a titoli e criteri fissati con decreto del Ministro della sanità. Tali ruoli hanno valore anche ai fini dei trasferimenti, delle promozioni e dei concorsi;

2) criteri generali per i comandi o per i trasferimenti nell'ambito del territorio regionale;

3) criteri generali per la regolamentazione, in sede di accordo nazionale unico, della mobilità del personale;

4) disposizione per disciplinare i concorsi pubblici, che devono essere banditi dalla regione su richiesta delle unità sanitarie locali, e per l'efficacia delle graduatorie da utilizzare anche ai fini del diritto di scelta tra i posti messi a concorso;

5) disposizioni volte a stabilire che nell'ambito delle singole unità sanitarie locali l'assunzione avviene nella qualifica funzionale e non nel posto.

I predetti delegati di cui al terzo comma del presente articolo prevedono altresì norme riguardanti:

a) i criteri per la valutazione, anche ai fini di pubblici concorsi, dei servizi e dei titoli di candidati che hanno svolto la loro attività o nelle strutture sanitarie degli enti di cui all'articolo 41 o in quelle convenzionate a norma dell'articolo 43 fatti salvi i diritti acquisiti ai sensi dell'articolo 129 del decreto del Presidente della Repubblica n. 130 del 27 marzo 1969;

b) la quota massima dei posti vacanti che le regioni possono riservare, per un tempo determinato, a personale in servizio a rapporto di impiego continuativo presso strutture convenzionate che cessino il rapporto convenzionale nonché le modalità ed i criteri per i relativi concorsi;

c) le modalità ed i criteri per l'immissione nei ruoli regionali di cui al n. 1) del precedente comma previo concorso, riservato, del personale non di ruolo addetto esclusivamente e, in modo continuativo, ai servizi sanitari in data non successiva al 30 giugno 1978 ed in servizio all'atto dell'entrata in vigore della presente legge presso regioni, comuni, province, loro consorzi e istituzioni ospedaliere pubbliche.

Le unità sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della regione, individuano le strutture, le divisioni ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo pieno e prescrivono, anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture, divisioni e servizi, la prestazione del servizio a tempo pieno.

In riferimento al comma precedente, i relativi bandi di concorso per posti vacanti prescrivono il rapporto di lavoro a tempo pieno.

Il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del rapporto d'impiego di tutto il personale sono disciplinati mediante accordo nazionale unico, di durata triennale, stipulato tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale delle categorie interessate. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti e costituita rispettivamente: da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro trenta giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

È fatto divieto di concedere al personale delle unità sanitarie locali compensi, indennità o assegni di qualsiasi genere e natura che modifichino direttamente o indirettamente il trattamento economico previsto dal decreto di cui al precedente comma. Allo scopo di garantire la parificazione delle lingue italiana e tedesca nel servizio sanitario, è fatta salva l'indennità di bilinguismo in provincia di Bolzano. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma sono nulli di diritto e comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Il Ministero della difesa può stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali per prestazioni professionali presso l'organizzazione sanitaria militare da parte del personale delle unità sanitarie locali nei limiti di orario previsto per detto personale».

— Per il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, V. nota al dispositivo del decreto.

Nota all'art. 4, lettera c):

Il decreto ministeriale 14 ottobre 1976 reca: «Regolamenti dei fondi di previdenza a favore dei medici mutualisti: ambulatoriali, generici e specialisti esterni».

Nota all'art. 4, lettera f):

Il testo dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 43 *(Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie)*. — La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui all'articolo 41, primo comma, che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, su quelle voncenzionate di cui all'articolo 26, e sulle aziende termali e definisce le caratteristiche funzionali cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali. Restano ferme le funzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui all'articolo 41, primo comma, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni a carattere privato che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro i termini stabiliti con legge regionale, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale nei cui territorio sono ubicati, sempre che il piano sanitario regionale preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al comma precedente devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e devono prevedere fra l'altro forme e modalità per assicurare l'integrazione dei relativi presidi con quelli delle unità sanitarie locali.

Sino alla emanazione della legge regionale di cui al primo comma rimangono in vigore gli articoli 51, 52 e 53, primo e secondo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e il decreto del Ministro della sanità in data 5 agosto 1977, adottato ai sensi del predetto articolo 51 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 31 agosto 1977, n. 236, nonché gli articoli 194, 195, 196, 197 e 198 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, intendendosi sostituiti al Ministero della sanità la regione e al medico provinciale e al prefetto il presidente della giunta regionale».

Nota all'art. 5, comma terzo:

Il testo dell'art. 25, comma terzo, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del Servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino».

Nota all'art. 10, ultimo comma:

Il testo dell'art. 9, comma terzo, della legge 23 aprile 1981, n. 154, è il seguente:

«In questo caso la convenzione rimane sospesa per tutta la durata del mandato elettivo ed il professionista può essere sostituito, per detto periodo, secondo le modalità stabilite per le sostituzioni dagli accordi collettivi nazionali di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le cause di incompatibilità di cui all'art. 8 della presente legge non hanno effetto per i titolari di farmacie che richiedono la sostituzione, per la durata del mandato, con altro farmacista iscritto all'ordine dei farmacisti nella conduzione professionale della farmacia».

Nota all'art. 13, comma secondo:

Il D.P.R. 13 agosto 1981, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 246 dell'8 settembre 1981, reca: «Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

Nota all'art. 13, comma quinto:

Il testo dell'art. 35, del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, è il seguente:

«Art. 35 *(Rapporto di lavoro del personale medico)*. — Il rapporto di lavoro del personale medico può essere a tempo pieno o a tempo definito.

Il rapporto di lavoro a tempo pieno comporta:

a) l'obbligo di prestare 40 ore settimanali di servizio, salvo quanto previsto dall'accordo nazionale unico;

b) la totale disponibilità per tutti i servizi dell'unità sanitaria locale nell'ambito delle funzioni della posizione funzionale e della disciplina propria degli interessati;

c) il diritto all'attività libero-professionale al di fuori dei servizi e delle strutture dell'unità sanitaria locale, limitatamente a consulti e a consulenze, non continuativi, sulla base di norme regionali;

d) il diritto all'esercizio dell'attività libero-professionale nell'ambito dei servizi, presidi e strutture dell'Unità sanitaria locale, sulla base di norme regionali;

e) la preferenza per gli incarichi didattici e di ricerca e per i comandi ed i corsi di aggiornamento tecnico-scientifico e professionale;

f) la priorità per l'esercizio di attività consultive e tecniche, richieste da terzi dall'unità sanitaria locale, da svolgere oltre l'orario di lavoro e anche fuori dalla sede di servizio.

Salvo quanto previsto dall'articolo 47, sesto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il rapporto di lavoro a tempo pieno è concesso a domanda. Del pari a domanda è concesso il passaggio dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo definito. Sulla domanda decide il comitato di gestione. In mancata concessione del passaggio a tempo definito deve essere motivata in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di riserva.

Il personale assunto con i concorsi di cui al settimo comma dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, può chiedere il passaggio dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo definito qualora siano mutate le esigenze di cui al sesto comma del richiamato articolo 47 o a seguito del trasferimento ad altra struttura, divisione o servizio che non comporti l'osservanza del tempo pieno.

Il rapporto di lavoro a tempo definito comporta:

a) l'obbligo di prestare 30 ore settimanali di servizio, salvo quanto previsto dall'accordo nazionale unico;

b) la totale disponibilità, entro l'orario di servizio, per tutti i servizi dell'unità sanitaria locale, nell'ambito delle funzioni, della posizione funzionale e della disciplina propria degli interessati;

c) la facoltà di esercitare l'attività libero-professionale, anche fuori dei servizi e delle strutture dell'unità sanitaria locale, purché tale attività non sia prestata con rapporto di lavoro subordinato, non sia in contrasto con gli interessi ed i fini istituzionali dell'unità sanitaria locale stessa, ne sia incompatibile con gli orari di lavoro, secondo modalità e limiti previsti dalla legge regionale;

d) la facoltà di esercitare l'attività libero-professionale in regime convenzionale, secondo le modalità ed i limiti stabiliti dagli accordi nazionali di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

L'attività libero-professionale, all'interno e all'esterno delle strutture e dei servizi dell'unità sanitaria locale, è intesa a favorire esperienze di pratica professionale, contatti con i problemi della prevenzione, cura e riabilitazione e aggiornamento tecnico-scientifico e professionale nell'interesse degli utenti e della collettività.

L'attività libero-professionale all'interno delle strutture e dei servizi dell'unità sanitaria locale è esercitata:

a) in costanza di ricovero; nelle strutture di ricovero ospedaliero debbono essere predisposti e realizzati appositi spazi distinti e specifici — entro il limite variabile di posti letto dal quattro al dieci per cento del totale — che possono anche prescindere, in mancanza di camere separate, da riferimenti a livello di confort alberghiero. Detta attività viene svolta in équipe ed è comprensiva dei servizi connessi;

b) in regime ambulatoriale, con utilizzo delle relative strutture, secondo modalità organizzative stabilite dall'unità sanitaria locale in accordo con i sanitari interessati; tale attività libero-professionale deve essere svolta in orari diversi da quelli stabiliti per l'attività ambulatoriale ordinaria, eccezione fatta per i servizi che per esigenze tecniche non lo consentono, per i quali deve essere previsto un plus orario.

Le tariffe minime e massime per le prestazioni libero-professionali, nell'ambito dei servizi e delle strutture dell'unità sanitaria locale e per le attività di consulenza sono determinate con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. Le modalità di attribuzione dei relativi proventi sono disciplinate nell'accordo nazionale unico.

Le ragioni, qualora le unità sanitarie locali non siano in grado di assicurare l'esercizio del diritto alla libera attività professionale all'interno delle proprie strutture per accertate, obiettive carenze delle medesime o per obiettive impossibilità organizzative, devono provvedere a garantire tale diritto, nel rispetto delle vigenti norme sull'esercizio della libera attività professionale intramurale, anche mediante l'utilizzazione di strutture private. L'utilizzazione di dette strutture è regolata da apposite convenzioni che le unità sanitarie locali dovranno stipulare in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le disposizioni del presente articolo si applicano, per la parte compatibile, anche ai medici dipendenti dagli istituti universitari, dai policlinici convenzionati e dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Per i medici universitari. in considerazione delle altre attività rientranti nei loro compiti istituzionali, l'opzione per il tempo pieno è reversibile in relazione a motivate esigenze didattiche e di ricerca.

L'orario settimanale di servizio di ciascun medico universitario, per lo svolgimento delle proprie mansioni didattiche, di ricerca e assistenziali, è globalmente considerato corrispondente a quello previsto rispettivamente per il rapporto di lavoro a tempo pieno e per il rapporto di lavoro a tempo definito.

L'esigenza assistenziale delle strutture universitarie convenzionate secondo quanto sarà stabilito nelle convenzioni da stipulare ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, va assicurata dal personale medico universitario interessato globalmente considerato».

Nota all'art. 15, secondo comma:

Il testo dell'art. 25 della legge n. 833/1978 è il seguente:

«Art. 25 *(Prestazioni di cura)*. — Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica.

Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.

L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino.

La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata.

L'assistenza medico specialistica è prestata di norma presso gli ambulatori dell'unità sanitaria locale di cui l'utente fa parte o presso gli ambulatori convenzionati ai sensi della presente legge. Le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche a domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio sono fornite, di norma, presso le strutture delle unità sanitarie locali di cui l'utente fa parte, o presso le strutture convenzionate ai sensi della presete legge, o presso gli ospedali pubblici e gli istituti convenzionati del territorio. Detti presidi debbono rispondere a requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e qualificazione funzionale del personale, aventi caratteristiche uniformi per tutto il territorio nazionale secondo uno schema tipo.

L'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti nel territorio della regione di residenza dell'utente.

Nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati, la legge regionale, in rapporto ai criteri di programmazione stabiliti nel piano sanitario nazionale, disciplina i casi in cui è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicate fuori del proprio territorio, nonché i casi nei quali potranno essere consentitre forme straordinarie di assistenza indiretta».

Nota all'art. 16, comma primo:

Il testo dell'art. 7 della legge 7 agosto 1982, n. 526, è il seguente:

«Art. 7. — Entro sessanta giorni dalla data di approvazione della presente legge le unità sanitarie locali aggiornano gli elenchi dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale assistibili dai medici di medicina generale e dai pediatri convenzionati, cancellando altresì i nominativi di coloro che anche temporaneamente fruiscano dell'assistenza sanitaria erogata dello Stato ai sensi dell'articolo 6, punti *v)* e *z)*, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dell'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618, e dell'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 620.

Le regioni dettano norme per la ripetizione entro il 31 dicembre 1982 delle somme indebitamente erogate dal 1° gennaio 1980 a medici convenzionati per quote capitarie indebitamente percepite.

Ai fini indicati nei precedenti commi gli uffici che ancora detengono gli elenchi degli assistibili sono tenuti a comunicarli entro il termine di quindici giorni ai comitati di gestione delle unità sanitarie locali.

Nelle regioni ove non siano entrate in funzione le unità sanitarie locali alla data di entrata in vigore della presente legge, all'aggiornamento degli elenchi provvede il commissario liquidatore regionale nominato ai sensi dell'articolo 1 del decreto-legge 30 aprile 1981, n. 168, convertito con modificazioni, nella legge 27 giugno 1981, n. 331».

Nota all'art. 19, lettera F):

Il D.M. 28 febbraio 1983, reca: «Integrazioni e rettifica al decreto ministeriale 18 febbraio 1982, concernente norme per la tutela dell'attività sportiva agonistica».

Nota all'art. 23, comma terzo:

Il testo dell'art. 11 del D.-L. 12 settembre 1983, n. 463, convertito nella legge 11 novembre 1983, n. 638, è il seguente:

«Art. 11. — Sono esentati dal pagamento delle quote di partecipazione di cui all'articolo 10 gli utenti del Servizio sanitario

nazionale che abbiano nell'anno precedente un reddito personale assoggettabile ai fini dell'IRPEF non superiore a L. 4.500.000 o che appartengono a famiglia i cui componenti, compreso l'assistito, abbiano in detto anno redditi assoggettabili ai fini dell'IRPEF per un importo complessivo non superiore a L. 4.000.000 aumentato di L. 500.000 per ogni componente oltre il dichiarante.

Sono esentati altresì dal pagamento delle quote di partecipazione di cui all'articolo 10 gli invalidi civili e del lavoro nei cui confronti sia stata accertata una riduzione della capacità lavorativa nella misura superiore ai due terzi, gli invalidi di guerra o per servizio per una menomazione dell'integrità fisica ascrivibile alle categorie dalla 1ª alla 5ª della tabella *A* allegata alla legge 18 marzo 1968, n. 313, i privi della vista o dordomuti indicati, rispettivamente, dagli articoli 6 e 7 della legge 2 aprile 1968, n. 482. Sono altresì esentati gli invalidi civili con assegno di accompagnamento, di cui all'articolo 17 della legge 30 marzo 1971, n. 118. Sono comunque concesse gratuitamente alle categorie sopra indicate le prestazioni ortopediche e protesiche connesse alle invalidità che saranno determinate con decreto del Ministro della sanità, sentito il Servizio sanitario nazionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

Restano in vigore, ai fini delle esenzioni di cui ai commi precedenti, le disposizioni dell'articolo 12 della legge 26 aprile 1982, n. 181, non modificato dal presente articolo.

Gli estremi del documento previsto dall'articolo 12, ottavo comma, della legge 26 aprile 1982, n. 181, attestante il diritto alla esenzione di cui ai commi precedenti, sono riportati dal medico sulla prescrizione.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, ai fini della prevenzione e della cura di forme morbose di particolare rilevanza sociale o di peculiare interesse per la tutela della salute pubblica, stabilisce, con proprio decreto, entro novanta giorni, norme rivolte ad indicare i soggetti esentati dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Le disposizioni di cui all'art. 10, comma nono, non vengono applicate per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio conseguenti ad interventi ed a campagne di prevenzione (medicina scolastica, medicina dello sport, tutela sanitaria negli ambienti e nei luoghi di lavoro, prevenzione oncologica), previste dal piano sanitario nazionale.

Sono esentati dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa farmaceutica ed alla spesa sulle prestazioni di diagnostica strumentale o di laboratorio i lavoratori soggetti alla tutela assicurativa di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, e gli invalidi di guerra e per servizio che necessitano di cure prescritte da medici convenzionati o dipendenti da strutture pubbliche o convenzionate, in dipendenza, rispettivamente, di infortuni sul lavoro o di malattie professionali e di infermità riconosciute per cause di guerra o di servizio.

Le amministrazioni che gestiscono l'assicurazione obbligatoria di cui al precedente comma rimborsano al fondo sanitario nazionale gli oneri relativi, mediante un contributo nella misura e secondo le modalità determinate annualmente con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro.

Le autocertificazioni di cui alle disposizioni dell'articolo 12, nono comma, lettera *a)*, della legge 26 aprile 1982, n. 181, devono riportare per ciascun componente della famiglia il numero di codice fiscale e l'indicazione dell'ufficio al quale sono state presentate le dichiarazioni dei redditi cui le autocertificazioni stesse si riferiscono. L'unità sanitaria locale verifica la veridicità di almeno il tre per cento delle autocertificazioni e trasmette quelle assoggettate a verifica agli uffici finanziari indicati nelle autocertificazioni, che ne tengono conto nell'ambito della propria competenza.

Nell'ambito dei controlli sistematici di cui al secondo comma dell'articolo 1 della legge 7 agosto 1982, n. 526, l'unità sanitaria locale è tenuta ad effettuare indagini a campione con frequenza annuale sulle prescrizioni rilasciate dai medici convenzionati, comunicandone risultati al Ministero della sanità ed alla regione. Analogamente si procede per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio eseguite presso gli ambulatori e strutture private convenzionati.

All'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181, dopo il terzo comma, sono aggiunti i seguenti:

"In caso di inerzia o di ingiustificato ritardo delle unità sanitarie locali nella cura e degli adempimenti previsti dagli articoli 1, secondo comma, 3, 5, secondo comma, e 7 della legge 7 agosto 1982, n. 526, e dell'articolo 11, commi 8 e 9, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, nonché in ogni altro caso di ingiustificata inottemperanza ad obblighi imposti da atti normativi e da disposizioni regionali derivanti da atti di indirizzo e di coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa diffida, adottano i provvedimenti omessi o comunque necessari, anche mediante l'invio di appositi commissari.

Lo stesso potere e con le modalità indicate al comma precedente è attribuito al Ministro della sanità, su segnalazione del commissario del Governo, quando la regione o provincia autonoma non vi provveda».

Nota all'art. 23, ultimo comma:

Il testo dell'art. 2 del D.-L. 28 febbraio 1987, n. 53 è il seguente:

«Art. 2. — L'impiego dei ricettari per la prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale è riservata ai medici dipendenti dal Servizio medesimo o con lo stesso convenzionati nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali.

La prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dalle strutture a gestione diretta o convenzionale ed il certificato e l'attestazione di cui all'articolo 2 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 633, convertito, con modificazioni dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, e successive modificazioni e integrazioni sono effettuati sui modulari standardizzati ed a lettura automatica definiti con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale da emanarsi entro sessante giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

La prescrizione di specialità medicinali e di prodotti galenici erogati dal Servizio sanitario nazionale è limitata al numero massimo di due pezzi per ricetta, fatta eccezione per le specialità medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, per le quali la prescrizione è limitata ad un numero massimo di sei pezzi per ricetta. la ricetta non può contenere contestualmente la prescrizione di una specialità medicinale o di un galenico e di prodotti relativi alle forme di assistenza integrativa regolate da disposizioni nazionali e regionali.

Le quote di partecipazione dell'assistito alla spesa per le prestazioni farmaceutiche previste dalle lettere *a)* e *b)* dell'articolo 10, comma 3, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, e successive modificazioni, sono così determinate:

a) una quota fissa di L. 1.000 per ricetta;

b) una quota fissa di L. 1.500 per ciascun farmaco con prezzo superiore a L. 5.000 e fino a L. 25.000;

c) una quota fissa di L. 3.000 per ciascun farmaco con prezzo superiore a L. 25.000;

d) una quota complessiva di L. 1.500 per antibiotici in confezione monodose qualora l'importo globale della ricetta non superi le L. 25.000 e di L. 3.000 qualora detto importo superi la predetta cifra.

A decorrere dal 1° luglio 1987 le confezioni delle specialità medicinali erogabili dal Servizio sanitario nazionale e dei galenici sono dotate di bollini o fustellati aventi il requisito dell'autoadesività. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono dettate disposizioni in ordine alle caratteristiche tecniche dei fustellati cartografici autoadesivi e alle modalità di adozione dei predetti bollini o fustellati.

L'autorizzazione all'acquisto diretto dalle imprese produttrici di preparazioni farmaceutiche in dose e forma di medicamento e dei galenici preconfezionati in confezione ospedaliera è estesa agli enti ed alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficienza con finalità assistenziali di ricovero e di riabilitazione, riconosciuti dalla regione, limitatamente all'impiego di detti medicamenti all'interno delle predette istituzioni.

È fatto divieto alle unità sanitarie locali di stipulare contratti di comodato d'uso con ditte fornitrici di prodotti farmaceutici, di materiale per analisi di laboratorio o di apparecchiature o parte di esse per indagini sanitarie o per uso chirurgico, fatto salvo l'impiego per finalità di ricerca o di sperimentazione clinica. Gli anzidetti contratti, ove stipulati anteriormente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono risolti entro sei mesi dall'anzidetta data.

All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo e del precedente articolo 1, stimato in lire 385 miliardi per il 1987, in lire 400 miliardi per il 1988 e in lire 412 miliardi per il 1989, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1987-1989, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1987, all'uopo utilizzando lo specifico accantonamento "Revisione ticket in materia sanitaria".

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare con propri decreti, le relative variazioni di bilancio».

Note all'art. 25, comma primo:

— Il testo dell'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, è il seguente:

«Art. 2. — Nei casi di infermità comportante incapacità lavorativa, il medico curante redige in duplice copia e consegna al lavoratore il certificato di diagnosi e l'attestazione sull'inizio e la durata presunta della malattia secondo gli esemplari definiti nella convenzione nazionale unica per la disciplina normativa e il trattamento economico dei medici generici e pediatri stipulata ai sensi dell'art. 9 della legge 29 giugno 1977, n. 349, e successive modificazioni e integrazioni.

Il lavoratore è tenuto, entro due giorni dal relativo rilascio, a recapitare o a trasmettere, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, il certificato e l'attestazione di cui al primo comma, rispettivamente all'Istituto nazionale della previdenza sociale, o alla struttura pubblica indicata dallo stesso Istituto d'intesa con la regione, e al datore di lavoro.

Le eventuali visite di controllo sullo stato di infermità del lavoratore, ai sensi dell'art. 5 della legge 20 maggio 1970, n. 300, o su richiesta dell'Istituto nazionale della previdenza sociale o della struttura sanitaria pubblica da esso indicata, sono effettuate dai medici dei servizi sanitari indicati dalle regioni.

Il datore di lavoro deve tenere a disposizione e produrre, a richiesta, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, la documentazione in suo possesso. Nell'ipotesi di cui all'art. 1, sesto comma, devono essere trasmessi al predetto Istituto, a cura del datore di lavoro, entro tre giorni dal ricevimento dell'attestazione di malattia i dati salariati necessari per il pagamento agli aventi diritto delle prestazioni economiche di malattia e di maternità».

— Il testo dell'art. 15 della legge 29 aprile 1981, n. 155, è il seguente:

«Art. 15 *(Certificazione di malattia)*. — Con effetto dal 15 marzo 1980, nell'articolo 2 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, il secondo comma è sostituito dal seguente:

"Il lavoratore è tenuto, entro due giorni dal relativo rilascio, a recapitare o a trasmettere, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, il certificato e l'attestazione di cui al primo comma, rispettivamente, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, o alla struttura pubblica indicata dallo stesso istituto d'intesa con la regione, e al datore di lavoro".

Nell'articolo 2 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, l'ultimo comma è sostituito dai seguenti:

"Il datore di lavoro deve tenere a disposizione e produrre, a richiesta, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, la documentazione in suo possesso. Nella ipotesi di cui all'articolo 1, sesto comma, devono essere trasmessi al predetto istituto, a cura del datore di lavoro, entro tre giorni dal ricevimento dell'attestazione di malattia i dati salariali necessari per il pagamento agli aventi diritto delle prestazioni economiche di malattia e di maternità.

Qualora l'evento morboso si configuri quale prosecuzione della stessa malattia, ne deve essere fatta menzione da parte del medico curante nel certificato e nella attestazione di cui al primo comma"».

Nota all'art. 30, comma secondo:

Il testo dell'art. 1, lettera *b)*, del D.-L. 25 gennaio 1982, n. 16, convertito nella legge 25 marzo 1982, n. 98, è il seguente:

«*b)* L'erogazione delle visite occasionali previste dall'articolo 26 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale e dall'articolo 27 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, resi esecutivi con decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981. L'onere per le prestazioni suddette è a carico dei richiedenti e i relativi onorari non possono essere superiori alle somme indicate nei richiamati accordi.

Resta ferma l'erogazione delle visite occasionali nei casi di primo intervento per infortuni sul lavoro, nonché di quelle a favore degli assistiti, temporaneamente in Italia, che siamo a carico di istituzioni estere in base a convenzioni internazionali.

Nulla è innovato per quanto riguarda il diritto di accesso ai servizi di cui al quarto comma dell'articolo 19 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ivi compresi quelli di guardia medica festiva e notturna e quelli stagionali di assitenza ai villeggianti previsti dagli accordi nazionali nelle località turistiche. È consentito, tuttavia, il rimborso della spesa sostenuta, da richiedersi all'unità sanitaria locale di appartenenza, da parte di:

a) minori degli anni dodici;

b) cittadini di età superiore agli anni sessanta;

c) lavoratori e studenti dimoranti, per ragioni connesse all'attività lavorativa e di studio, fuori dal proprio domicilio;

d) cittadini portatori di handicaps il cui grado di menomazione è superiore all'ottanta per cento ai fini dell'attività lavorativa».

Nota all'art. 33, comma terzo:

Il testo dell'art. 24, lettera *c)*, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, è il seguente:

«*c)* l'impegno dei sanitari convenzionati a fornire informazioni sui servizi prestati anche mediante la prescrizione a lettura automatica standardizzata di cui all'art. 12 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638, nonché l'obbligo delle unità sanitarie locali di comunicare periodicamente ai sanitari e alle commissioni di cui alla precedente lettera *b)* i dati informativi sul comportamento prescrittivo dei medici convenzionati».

Nota all'art. 40, primo comma:

Il testo dell'art. 24 della legge n. 730/1983 è il seguente:

«Art. 24. — Al fine di razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime convenzionale, nel rispetto dell'autonomia e del segreto professionale dei sanitari convenzionati, gli accordi collettivi nazionali, stipulati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in sede di rinnovo della parte normativa degli stessi, in aggiunta ai criteri definiti dall'anzidetto articolo devono prevedere:

a) le forme di responsabilizzazione degli ordinatori di spesa al fine di contenere le spese da ancorare a parametri prefissati dalla regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali;

b) l'istituzione di commissioni professionali a livello regionale con la partecipazione di rappresentanti dei medici convenzionati, della regione, scelti tra esperti qualificati delle strutture pubbliche universitarie e ospedaliere, e dell'ordine professionale, con il compito di definire gli *standards* medi assistenziali e di fissare la procedura per le verifiche di qualità dell'assistenza. Nella definizione degli *standards* medi assistenziali dovranno altresì essere prviste le ipotesi di eccessi di spesa che potranno dar luogo ove non giustificate, a sanzioni da determinarsi secondo i criteri previsti dal punto 8, terzo comma, del richiamato articolo 48;

c) l'impegno dei sanitari convenzionati a fornire informazioni sui servizi prestati anche mediante la prescrizione a lettura automatica standardizzata di cui all'articolo 12 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638, nonché l'obbligo delle unità sanitarie locali di comunicare periodicamente ai sanitari e alle commissioni di cui alla precedente lettera *b)* i dati informativi sul comportamento prescrittivo dei medici convenzionati.

In caso di mancata designazione dei componenti entro 30 giorni dall'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di approvazione dell'accordo collettivo nazionale, la regione costituisce in via provvisoria la commissione professionale, che resta in attività fino alla costituzione della commissione definitiva.

In applicazione dei principi di contestualità e di omogeneizzazione affermati nell'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348, in deroga al primo comma del citato articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli accordi convenzionali, in scadenza o già scaduti al 31 dicembre 1983, sono rinnovati con scadenza al 30 giugno 1985».

Nota all'art. 41, lettera A) *punto 1):*

Il testo dell'art. 34, lettera *a)* tabella compensi, lettera *b)* lettera *c)*, del D.P.R. 16 ottobre 1984, n. 882, è il seguente:

«Art. 34 (*Trattamento economico*). — Il trattamento economico del medico iscritto negli elenchi della medicina generale si compone delle seguenti voci:

a) onorario professionale;

b) concorso nelle spese per la produzione del reddito;

c) indennità forfettaria a copertura del rischo e di avviamento professionale;

d) compenso di variazione degli indici del costo della vita;

e) contributo previdenziale e di malattia.

In particolare:

a) *Onorario professionale.*

Ai medici iscritti negli elenchi della medicina generale è corrisposto per ciascun assistibile in carico un compenso forfettario annuo, determinato come dalla seguente tabella, distinto secondo l'anzianità di laurea del medico e l'età degli assistiti. Tale compenso è corrisposto mensilmente in dodicesimi.

Anzianità di laurea del medico	Età dell'assistito		
	Fino a 12 anni	Da 12 a 60 anni	Da 60 anni in poi
Da 0 a 6 anni	18.531	16.502	19.791
Oltre 6 fino a 13 anni	20.282	18.112	21.682
Oltre 13 fino a 20 anni	22.102	19.792	23.642
Oltre i 20 anni	23.922	21.472	25.602

Le variazioni di retribuzioni relative ai passaggi di fascia, sia per quanto riguarda l'età degli assistiti che per quanto riguarda l'anzianità di laurea del medico saranno effettuate una sola volta all'anno: il primo gennaio dell'anno in considerazione, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il primo gennaio dell'anno successivo se la variazione cade tra il 1° luglio e il 31 dicembre.

b) *Concorso nelle spese di produzione del reddito.*

Ai medici iscritti negli elenchi di medicina generale è corrisposto un concorso nelle spese sostenute in relazione alle attività professionali ed in particolare per la disponibilità dello studio medico con locale di attesa e servizi, per la disponibilità del telefono, per i mezzi di trasporto necessari e per ogni altro strumento utile allo svolgimento dell'attività a favore degli assistiti.

Il concorso nelle spese è corrisposto sino alla concorrenza delle seguenti misure annue:

per i primi 500 assistibili a carico: L. 8.500 ad assistibile;

da 501 a 1.500 assistibili o alla diversa quota individuale: L. 6.500 ad assistibile.

Nulla è dovuto per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

A decorrere dal 1° gennaio 1984 il concorso nelle spese per la produzione del reddito è integrato della somma annua di L. 750 per assistibile. Tale somma è corrisposta anche ai medici associati relativamente al numero degli assistibili per i quali i compensi capitari vengono ad essi direttamente liquidati.

Il concorso nelle spese viene erogato mensilmente in acconto dall'U.S.L. in misura intera. Il medico ha l'obbligo di comprovare l'entità delle spese effettivamente sostenute per lo svolgimento dell'attività convenzionata in occasione della presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini dell'IRPEF.

A tale scopo egli è tenuto a presentare all'U.S.L. la sola fotocopia, sottoscritta per conformità, del quadro E del mod. 740, per la voce afferente agli introiti, alle spese e agli oneri deducibili (dalla voce 1 alla voce 12).

I medici che ai fini della denuncia IRPEF compilano il riquadro E1, esibiscono fotocopia di tale riquadro corredata della documentazione probatoria di spesa con dichirazione di responsabilità.

Qualora il medico abbia denunciato unicamente proventi soggetti a ritenuta di acconto ed essi siano pari ai compensi percepiti per l'attività svolta ai sensi del presente accordo, l'U.S.L., nel caso che il totale delle spese risulti inferiore al concorso nelle spese di produzione del reddito, provvederà a trattenere la somma eccedente sugli emolumenti da corrispondere al medico nei mesi successivi.

Laddove, invece, il medico abbia denunciato proventi di importo superiore ai compensi percepiti per l'attività convenzionata, dovrà essere imputata allo svolgimento di tale attività una percentuale del totale delle spese pari al rapporto tra i proventi derivanti dall'attività convenzionale e il totale degli introiti denunciati.

In questo caso, qualora il medico abbia introitato proventi per prestazioni che non hanno comportato spese professionali, egli potrà dimostrarne alla U.S.L., l'ammontare e l'origine per i conseguenti riflessi sul calcolo di cui al comma precedente.

Il contributo non compete, o compete in misura proporzionalmente ridotta, quando il medico ritenga di avvalersi, per l'espletamento degli obblighi convenzionali, di servizi e personale di collaborazione forniti dall'U.S.L.

In tal caso, l'U.S.L. accerta e documenta le spese sostenute per assicurare al medico convenzionato, per questa sua specifica attività, servizi e personale di collaborazione; ove il medico non concordi, l'accertamento effettuato dalla U.S.L. viene verificato in sede di Comitato ex art. 8, tenendo presente l'entità sia dell'attività convenzionale svolta sia dei compiti di medicina pubblica esercitati nella medesima struttura, nonché l'opportunità di incentivare la più ampia capillarizzazione del servizio pubblico.

Verificata la spesa di cui al comma precedente, essa va imputata innanzitutto alle somme da corrispondere al medico a titolo di concorso nelle spese di produzione del reddito; ove non vi sia capienza, l'eccedenza va imputata alle somme da corrispondere al medico a titolo di indennità forfettaria a copertura del rischio e avviamento professionale di cui al successivo punto *c*).

c) *Indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale.*

Ai medici iscritti negli elenchi della medicina generale è corrisposta una indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale nella seguente misura annua:

per i primi 500 assistibili a carico L. 8.500 ad assistibile;

da 501 a 1.500 assistibili o alla diversa quota individuale; L. 6.500 ad assistibile.

Nulla è dovuto per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

A decorrere dal 1° gennaio 1984 l'indennità per rischio e avviamento professionale è integrata della somma di L. 750 per assistibile. Tale somma è corrisposta anche ai medici associati relativamente al numero degli assistibili per i quali i compensi capitari vengono ad essi direttamente liquidati.

Note all'art. 41, lettera F:

— La legge 26 febbraio 1986, n. 38, reca: «Disposizioni in materia di indennità di contingenza».

— Il testo dell'articolo 16 del d.P.R. 1° febbraio 1986, n. 13, è il seguente:

«Art. 16 (*Modifica del meccanismo della indennità integrativa speciale*). — 1. L'attuale sistema di adeguamento retributivo al costo della vita è modificato come segue:

a) cadenza semestrale di rivalutazione retributiva: per tale rivalutazione si fa riferimento al tasso percentuale di incremento risultante dal rapporto fra il valore medio dell'indice sindacale di un semestre rispetto a quello del semestre precedente. Tale tasso percentuale di incremento è arrotondato sulla seconda cifra decimale;

b) rivalutazione del cento per cento di una somma mensile uguale per tutti di L. 580.000 e di una percentuale pari al 25 per cento della quota di retribuzione mensile eccedente tale parte.

I benefici derivanti dalla rivalutazione semestrale delle 580.000 lire indicizzate al 100 per cento costituiscono base per le correlative rivalutazioni dei semestri successivi.

La retribuzione eccedente, sulla quale si calcola il 25 per cento, viene determinata come segue: lo stipendio mensile della qualifica di appartenenza, ottenuto dividendo per dodici quello annuo lordo base in atto il mese precedente a quello dell'adeguamento, più l'indennità integrativa speciale maturata fino a quel momento, meno la quota di retribuzione indicizzata al 100 per cento, come sopra rivalutata;

c) il primo semestre di attuazione decorre dal mese di novembre 1985 e termina il mese di aprile 1986, pertanto il primo adeguamento decorre dal 1° maggio 1986;

d) per la prima applicazione del nuovo meccanismo il tasso percentuale semestrale medio è determinato prendendo come base di riferimento dell'indice sindacale il valore di 134.00.

2. Nel caso di variazione delle imposte indirette, ai fini di un accorpamento delle aliquote e di una loro razionalizzazione saranno concordate tra le delegazioni di cui all'art. 12 della legge 29 marzo 1983, n. 93, modalità e limiti di incidenza di tali variazioni sui prezzi dei beni che compongono il bilancio familiare, assunto a base di calcolo per la determinazione dell'indennità di contingenza.

3. L'efficacia del sistema di adeguamento retributivo al costo della vita di cui al presente articolo sarà assicurata per un periodo non inferiore a quattro anni».

Nota all'art. 41, lettera G):

Il testo dell'art. 9, punto 6, comma secondo, della legge 29 giugno 1977, n. 349, è il seguente:

«Sarà in particolare fissato:

la determinazione della misura dei contributi previdenziali e delle modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 15 ottobre 1976».

Nota alla norma transitoria n. 1:

Il testo dell'art. 11 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 è il seguente:

«Art. 11 (*Competenze regionali*). — Le regioni esercitano le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ed esercitano le funzioni amministrative proprie o loro delegate.

Le leggi regionali devono in particolare conformarsi ai seguenti principi:

a) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle regioni;

b) unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;

c) assicurare la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici.

Le regioni svolgono la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica, in armonia con le rispettive norme statutarie. A tal fine, nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, predispongono piani sanitari regionali, previa consultazione degli enti locali, delle Università presenti nel territorio regionale, delle organizzazoni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, nonché degli organi della sanità militare territorialmente competenti.

Con questi ultimi le regioni possono concordare:

a) l'uso delle strutture ospedaliere militari in favore delle popolazioni civili nei casi di calamità, epidemie e per altri scopi che si ritengano necessari;

b) l'uso dei servizi di prevenzione delle Unità sanitarie locali al fine di contribuire al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie dei militari.

Le regioni, sentiti i comuni interessati, determinano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, che debbono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali.

All'atto della determinazione degli ambiti di cui al comma precedente, le regioni provvedono altresì ad adeguare la delimitazione dei distretti scolastici e di altre unità di servizio in modo che essi, di regola, coincidano».

Nota alla norma transitoria n. 2:

Il testo dell'art. 12 dell'accordo unico nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici generici e pediatri, stipulato il 7 gennaio 1978 e perfezionato il 31 maggio 1978, è il seguente:

«Art. 12 (*Conferma dell'iscrizione*). — In sede di prima attuazione della presente convenzione è confermata, anche in deroga al rapporto ottimale e salva l'applicazione delle incompatibilità ai sensi dell'art. 2 e dei punti 1 e 3 delle norme transitorie e delle limitazioni di cui all'art. 13, l'iscrizione dei medici già inclusi negli elenchi mutualistici previsti dalle preesistenti norme.

A tal fine i medici interessati devono presentare al comitato provinciale di cui all'art. 14, competente per territorio, nel termine perentorio di giorni 30 dalla scadenza del termine di cui all'art. 8, secondo comma, della legge n. 349 del 29 giugno 1977, apposita domanda di conferma dell'iscrizione, secondo lo schema di cui all'allegato.

Entro i successivi 60 giorni il Comitato provinciale si pronuncia in merito alle domande di conferma, dandone comunicazione agli interessati.

Contro tali provvedimenti è ammessa opposizione allo stesso comitato provinciale entro 10 giorni dalla relativa comunicazione.

L'opposizione ha effetto sospensivo».

Nota alla norma transitoria n. 4:

Il testo dell'art. 2, punto 9, del regolamento dell'associazione di cui al d.P.R. 13 agosto 1981, è il seguente:

«9) ai fini del calcolo ogni regione indentificherà una retribuzione media in relazione ai dati percentuali di distribuzione per fasce di età dei cittadini della regione nell'anno precedente».

Nota alla dichiarazione a verbale n. 3:

Il testo dell'art. 10, comma terzo, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali, in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento».

87G0425

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 giugno 1987, n. 290.

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con in medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che prevede una uniforme disciplina del trattamento economico e normativo del personale a rapporto convenzionale con le unità sanitarie locali mediante la stipula di accordi collettivi nazionali tra le delegazioni del Governo, delle regioni e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, in campo nazionale, delle categorie interessate;

Visto l'art. 9 della legge 23 marzo 1981, n. 93, concernente disposizioni integrative della legge 3 dicembre 1971, n. 1102, recante nuove norme per lo sviluppo della montagna, che ha integrato la suddetta delegazione con i rappresentanti designati dall'Unione nazionale comuni comunità enti montani (UNCEM), in rappresentanza delle comunità montane che hanno assunto funzione di unità sanitarie locali;

Visto l'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730;

Preso atto che è stato stipulato un accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 48 della legge n. 833 del 1978, con scadenza 30 giugno 1988;

Visto il secondo comma dell'art. 48 della citata legge n. 833 sulle procedure di attuazione degli accordi collettivi nazionali;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri;

EMANA

il seguente decreto:

È reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riportato nell'allegato testo.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 8 giugno 1987

COSSIGA

FANFANI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Visto, il Guardasigilli: ROGNONI
Registrato alla Corte dei conti, addì 27 giugno 1987
Atti di Governo, registro n. 66, foglio n. 14

ACCORDO

Art. 1.

Campo di applicazione

I medici specialisti in pediatria, iscritti negli elenchi di cui all'art. 5 del presente accordo, sono parte attiva e qualificante del Servizio sanitario nazionale per il settore preposto alla tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva da 0 a 14 anni, nei suoi momenti di prevenzione, cura, riabilitazione e raggiungimento di uno stato di maturità psico-fisica, in una nuova visione globale di servizio per il cittadino nel quadro dei piani sanitari nazionali e regionali.

Il presente accordo regola, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato che si instaura fra il Servizio sanitario nazionale ed i medici specialisti in pediatria per l'erogazione in forma diretta dell'assistenza specialistica pediatrica di libera scelta.

Art. 2.

Incompatibilità

In attesa della regolamentazione legislativa della materia, è incompatibile con l'iscrizione negli elenchi di cui all'art. 5 il medico che fermo restando quanto previsto dal punto 6), dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si trovi in una delle posizioni previste da norme di legge o contratti di lavoro, o che:

a) abbia un impegno orario pari o superiore complessivamente a quello stabilito per i medici a tempo pieno dipendenti dal Servizio sanitario nazionale risultante sia da un rapporto di lavoro dipendente che convenzionato, ex articoli 47 e 48 legge n. 833/78;

b) svolga funzioni fiscali per conto delle UU.SS.LL. limitatamente all'ambito territoriale nel quale può acquisire scelte;

c) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente, di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;

d) sia iscritto negli elenchi della medicina generale;

e) svolga attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato in branche diverse dalla pediatria;

f) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni;

g) sia proprietario od operi a qualsiasi titolo in presidi o stabilimenti o istituzioni private convenzionate con il servizio sanitario pubblico, soggetti ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

h) abbia un rapporto di lavoro subordinato pubblico o privato a tempo pieno, secondo quanto previsto dall'art. 35 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 20 gennaio 1979.

Lo specialista in pediatria che, anche se a tempo limitato, svolge funzioni di medico di fabbrica o collettività non può acquisire scelte di familiari in età pediatrica dei dipendenti delle suddette aziende o dei componenti della collettività stessa.

Art. 3.

Graduatorie

I pediatri che aspirano ad essere iscritti negli elenchi di cui all'art. 5 e che non abbiano compiuto il cinquantesimo anno di età alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, devono, entro il 30 giugno di ogni anno, inviare all'Assessore alla sanità della regione in cui intendono prestare la loro attività, domanda conforme allo schema allegato (allegato *B)*, corredata della documentazione atta a provare il possesso dei titoli posseduti alla data del 31 maggio.

Si prescinde dal requisito del limite di età per i medici che alla scadenza del termine di cui al comma precedente siano iscritti in altra regione negli elenchi dei pediatri di libera scelta.

La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con la legge sul bollo.

Il medico che sia già stato iscritto nella gradutoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonchè di titoli non presentati per la precedente graduatoria.

L'amministrazione regionale, sentito il comitato di cui all'art. 9, in base ai titoli e ai criteri di valutazione di cui all'art. 6, predispone una graduatoria unica regionale valida per l'anno successivo.

La graduatoria deve essere resa pubblica nel Bollettino ufficiale della regione entro il 15 ottobre.

I pediatri interessati possono inoltrare all'amministrazione regionale nei trenta giorni successivi eventuale istanza di riesame della graduatoria.

La graduatoria regionale, previo parere del comitato ex art. 9, è approvata in via definitiva entro il 15 dicembre, dalla giunta regionale e notificata alle UU.SS.LL. e agli ordini provinciali dei medici della Regione.

Entro la fine dei mesi di marzo e di settembre di ogni anno ciascuna regione pubblica nel Bollettino ufficiale l'elenco delle zone carenti di medici pediatri, individuate nel corso del semestre precedente nell'ambito delle singole UU.SS.LL. sulla base dei criteri di cui all'art.4.

In sede di pubblicazione delle zone carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'U.S.L. può indicare il comune o la zona di ubicazione dell'ambulatorio.

I pediatri collocati nella graduatoria regionale valida per l'anno di riferimento, possono presentare separate domande alle UU.SS.LL. competenti, entro trenta giorni dalla data di pubblicazione delle zone carenti sul bollettino, per una o più di esse, indicando in ciascuna domanda, pena la esclusione dalla graduatoria, le eventuali altre località carenti richieste.

Le domande di cui al comma precedente possono essere inoltrate dai pediatri già iscritti negli elenchi di altri comuni o diversi ambiti territoriali della regione, definiti ai sensi del successivo art. 4, che risultino iscritti da almeno due anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo, eccezione fatta per incarichi di guardia medica.

L'U.S.L. provvederà ad inserire nell'elenco delle zone in via prioritaria i pediatri di cui al comma precedente ed in caso di più concorrenti quelli con maggiore anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri di libera scelta.

Esaurite tali domande si procederà all'inserimento dei concorrenti graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

1) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria nominale di cui all'ottavo comma del presente articolo;

2) attribuzione di punti 40 a coloro che al momento della presentazione della domande di inclusione nella graduatoria regionale non abbiano alcun rapporto di lavoro dipendente o trattamento di pensione e non si trovino in posizione di incompatibilità e che tali requisiti abbiano conservato fino al conferimento dell'incarico.

Non è di ostacolo all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di cui al precedente punto 2, l'essere titolare, al momento di presentazione della domanda per la copertura della zona carente, di un incarico di lavoro dipendente a titolo precario, purchè esso cessi entro sette giorni dall'accettazione dell'incarico per la copertura della zona carente;

3) attribuzione di punti 5 a coloro che nella località carente per la quale concorrono abbiano la residenza da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria.

Le domande tese alla copertura delle zone carenti possono essere inoltrate anche da altri pediatri che non abbiano superato il sessantesimo anno di età e non versino in posizione di incompatibilità, graduato secondo i criteri previsti per la formazione della graduatoria, di cui al successivo art. 6. Tali domande, redatte in duplice copia, vanno inoltrate rispettivamente alla U.S.L. nel cui ambito esiste la carenza e all'assessorato regionale alla sanità Quest'ultima copia, corredata dalla documentazione attestante il possesso dei titoli, viene utilizzata ai fini della formazione di una graduatoria suppletiva a cura dell'assessorato stesso, sentito il comitato di cui all'art. 9, cui l'U.S.L. potrà attingere, esaurita la graduatoria regionale in caso di persistente carenza.

L'iscrizione nell'elenco comporta la cancellazione dalla graduatoria per l'anno di competenza.

Ai fini dell'iscrizione nelle graduatorie di cui al presente articolo è richiesto il possesso del diploma di specializzazione o, in mancanza, dell'attestato di conseguita libera docenza in «pediatria» o «clinica pediatrica» o «pediatria e puericultura» e «patologia clinica pediatrica» o «patologia neonatale» o «puericultura» o «pediatria preventiva e sociale».

Art. 4.

Rapporto ottimale

Ciascuna U.S.L., anche ai fini dello svolgimento delle procedure di cui al precedente art. 3, cura la tenuta di un elenco dei pediatri convenzionati articolato per comuni, gruppi di comuni o distretti sulla base delle indicazioni del piano sanitario regionale o di altra determinazione della regione.

Il pediatra operante in un comune comprendente più UU.SS.LL. fermo restando che può essere iscritto nell'elenco di una sola U.S.L. che gestirà la posizione amministrativa del sanitario, può acquisire scelte in tutto l'ambito comunale, ai sensi dell'art. 25, comma terzo, della legge 23 dicembre 1978 n. 833.

Il numero dei pediatri iscrivibili in ciascun comune o altro ambito definito ai sensi del primo comma è determinato in base al rapporto di un medico per 600 , o frazione superiore a 300 assistibili residenti in età compresa fra 0 e 6 anni.

In deroga al disposto del comma precedente la regione, sentito il comitato ex art. 9, al raggiungimento da parte dei pediatri già iscritti di un numero medio di scelte pari ai due terzi della media del loro massimale, potrà al fine di garantire l'assistenza pediatrica, effettuare un'ulteriore inserimento.

La verifica delle condizioni di cui sopra avrà cadenza semestrale.

In tutti i comuni dell'ambito territoriale nelle zone con almeno 500 abitanti dichiarate carenti di assistenza, sentito il comitato consultivo di U.S.L., deve essere comunque assicurato un congruo orario di assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente del medico neo-inserito.

Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

Art. 5.

Iscrizione negli elenchi

Il pediatra interpellato per garantire l'assistenza in una delle zone carenti, individuate ai sensi dell'ottavo comma dell'art. 3, deve comunicare la sua accettazione entro 7 giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la decadenza.

Entro i successivi sessanta giorni, sempre a pena di decadenza deve:

aprire nella località carente assegnatagli ambulatorio idoneo secondo le prescrizioni di cui al successivo art. 18 e darne comunicazione alla U.S.L.;
trasferire la residenza nella zona assegnatagli, se risiede in altro comune;
iscriversi all'albo professionale della provincia in cui gravita la località assegnatagli, se è iscritto in altra provincia.

Le unità sanitarie locali, avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il comitato ex art. 8, temporanee proroghe al termine di cui al comma precedente.

Entro quindici giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dell'ambulatorio l'U.S.L. procede alla verifica dell'idoneità dello stesso con proprio personale sanitario e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a trenta giorni per adeguare l'ambulatorio alle prescrizioni di cui all'art. 18. Trascorso tale termine inutilmente, il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

L'incarico si intende definitivamente conferito con la comunicazione della U.S.L. attestente l'idoneità dell'ambulatorio oppure alla scadenza del termine di quindici giorni, di cui al comma precedente, qualora la U.S.L. non proceda alla prevista verifica di idoneità.

È fatta comunque salva la facoltà delle UU.SS.LL. di far luogo in ogni tempo alla verifica dell'idoneità dell'ambulatorio, ai sensi di quanto previsto dal successivo art. 18.

Il pediatra al quale sia conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco riferito alla zona carente.

L'insorgenza di uno dei motivi di incompatibilità di cui all'art. 2 comporta cancellazione dall'elenco.

Il provvedimento di decadenza dall'iscrizione negli elenchi è adottato dalla competente U.S.L. su parere del comitato di cui all'art. 8.

Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici, verificata dal comitato consultivo ex art. 8, la U.S.L. può conferire ad un medico scelto nel rispetto dell'ultima graduatoria locale eventualmente disponibile, un incarico temporaneo onde garantire l'assistenza sanitaria nel territorio. Tale incarico, di durata comunque inferiore a sei mesi, cesserà al momento in cui sarà individuato il medico avente diritto all'inserimento. Al medico di cui al presente comma vegono corrisposti, relativamente agli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi di cui al successivo art. 34 con esclusione dell'indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale.

In caso di decesso del medico convenzionato, il suo sostituto può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti già in carico al medico deceduto per non più di trenta giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

Il medico in servizio militare di leva o sostituto civile può ottenere l'iscrizione negli elenchi dei medici di libera scelta; per tutta la durata del servizio di leva, peraltro, l'incarico di medico pediatra deve intendersi sospeso e i relativi compiti devono essere svolti attraverso la collaborazione di un sostituto.

Art. 6.

Titoli per la formazione delle graduatorie

I titoli da valutare ai fini della formazione delle graduatorie sono i seguenti e ad essi è attribuito il valore per ognuno singolarmente indicato:

a) 0,10 punti per ogni anno di iscrizione all'albo professionale. Il punteggio è raddoppiato (punti 0,20) per ogni anno di iscrizione all'albo professionale delle province della Regione ove è presentata la domanda. Sei mesi ed un giorno equivalgono ad un anno;

b) 0,05 punti per ogni mese di attività di servizio prestato come medico generale dipendente da strutture pubbliche. Il punteggio è raddoppiato (punti 0,10) per ogni mese di attività di servizio prestato come specialista in pediatria dipendente da strutture pubbliche;

c) 0,10 punti per ogni mese di attività di medico generale convenzionato, compresa l'attività di sostituzione;

d) 0,20 punti per ogni mese di attività di specialista in pediatria convenzionato, compresa l'attività di sostituzione;

e) 0,10 punti per ogni mese, ragguagliato a 96 ore di attività, di servizio di guardia festiva e notturna, in forma attiva;

f) 0,10 punti al mese per servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile;

g) 4,00 punti per specializzazione in pediatria o equipollente;

h) 2 punti per ciascuna specializzazione, in discipline affini alla pediatria - ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983 - tabella *B* e successive integrazioni; 0,20 punti per ogni altra specializzazione conseguita;

i) 0,10 punti per il tirocinio abilitante svolto ai sensi della legge 18 aprile 1975 n. 143;

l) 0,10 punti per ciascun corso di aggiornamento professionale in materie proprie dell'area funzionale della pediatria secondo la tabella B del decreto ministeriale 10 marzo 1983, di durata almeno trimestrale, documentato da un'attestazione di presenza e di profitto (con esclusione dei corsi di aggiornamento obbligatorio per contratto o convenzione), tenuto da amministrazione sanitaria pubblica o equiparate oppure da organizzazione privata sanitaria purchè, in questo ultimo caso, abbia avuto il riconoscimento formale da parte della FNOOMM come valido ai fini della graduatoria;

m) 0,05 punti per ogni mese di attività professionale svolta presso una struttura pubblica sanitaria non espressamente contemplata nei punti che precedono.

Ai fini che precedono, sedici giorni equivalgono ad un mese. I titoli di servizio sono cumulabili purchè non si riferiscano ad attività svolte negli stessi periodi. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. A parità di punteggio complessivo prevalgono nell'ordine l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione, e, infine, l'età.

Art. 7.

Massimali di scelte e sue limitazioni

I pediatri iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 800 unità.

I pediatri i quali, non soggetti a limitazioni del massimale, avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 o quelli già titolari di massimale attribuito ai sensi della Convenzione Nazionale Unica del 7 gennaio 1978, stipulata ai sensi dell'art. 9 della legge n. 349/78, conservano in deroga al massimale tale possibilità personale nel limite massimo di 1.000 scelte.

Eventuali deroghe al suddetto massimale potranno essere autorizzate, in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato, dalla Regione ai sensi del punto 5, terzo comma dell'art. 48 della legge n. 833/78.

Nei confronti del pediatra che, oltre ad essere iscritto negli elenchi, svolga attività compatibili con tale iscrizione il massimale di scelte è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alla suddette altre attività.

Nei confronti del pediatra, anche universitario o a rapporto di impiego pubblico a tempo definito ai sensi dell'art. 35 del decreto del Presidente della Repubblica n. 661/79 oltre che a rapporto di lavoro privato a orario parziale purchè compatibile, il massimale individuale è di 350 scelte.

Ai fini del calcolo del massimale individuale per i pediatri soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario convenzionale si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 800 scelte per 40 ore settimanali.

Ai pediatri limitati di cui al comma precedente, che dispongono per l'attività pediatrica di libera scelta di un orario pari o inferiore a 34 ore settimanali, è consentita l'acquisizione di un numero di 120 scelte da aggiuggere a quelle risultanti dal calcolo di cui al precedente comma.

Lo svolgimento di altre attività anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del pediatra, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

Tenuto conto della peculiarità della normativa convenzionale ed in particolare dell'obbligo assunto dagli stessi di garantire l'assistenza a favore dei neonati ai sensi dello ultimo comma dell'art. 16, è consentita l'attribuzione di scelte riferite a neonati anche in deroga al massimale individuale, nella misura massima del 2%.

Per i medici massimalisti l'acquisizione di nuove scelte oltre il massimale è consentito solo in presenza della contestuale recusazione di un pari numero di scelte.

Casi specifici, manifestatisi attraverso richieste dei cittadini, saranno esaminati dalla U.S.L. competente per territorio sentito il comitato di cui all'art. 8.

Il pediatra può volontariamente limitare il proprio massimale in misura non inferiore a quello previsto per il medico dipendente a tempo definito dal Servizio sanitario nazionale.

L'unità sanitaria locale, tenuto conto dei particolari problemi relativi all'assistenza pediatrica ha la facoltà di autorizzare il pediatra che abbia raggiunto il proprio massimale o quota individuale ad acquisire nuove acelte con la recusazione contestuale di un pari numero di scelte da scegliere esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni.

Art. 8.

Comitato consultivo di U.S.L.

In ciascuna U.S.L. è costituito un comitato composto da:

il presidente della U.S.L. o suo delegato che lo presiede;
un membro effettivo ed un supplente designato dal comitato di gestione dell'U.S.L.;
due rappresentanti membri effettivi e due supplenti, dei pediatri convenzionati.

I rappresentanti dei medici sono eletti tra i medici iscritti nell' elenco dei medici pediatri di ciascuna U.S.L. con il sistema proporzionale tra liste concorrenti dai medici specialisti e pediatri convenzionati iscritti negli elenchi e operanti nell'ambito delle U.S.L., per la quale deve essere istituito il comitato.

Le elezioni dei rappresentanti dei medici sono svolte a cura della federazione regionale degli ordini dei medici, avvalendosi della collaborazione degli ordini provinciali.

La federazione regionale degli ordini proclama gli eletti.

La funzione di segretario è svolta da un funzionario di parte pubblica.

Il comitato ha il compito di esprimere parere obbligatorio sui seguenti argomenti:

1) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 7;
2) autorizzazione di scelte in deroga ai sensi dell'art. 16;
3) motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'ultimo comma dell'art. 14.

Inoltre formula proposte in ordine alla migliore organizzazione della medicina specialistica pediatrica di base. E puo a tal fine prendere visione degli atti concernenti l'applicazione del presente accordo.

Art. 9.

Comitato consultivo regionale

In ciascuna regione è costituito un comitato composto di:

assessore regionale alla sanità o suo delegato con funzioni di presidente;
due membri effettivi e due supplenti in rappresentanza delle UU.SS.LL. della regione designati dall'ANCI;
tre membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza dei pediatri convenzionati.

I rappresentanti dei medici, che devono essere iscritti nell'elenco regionale dei medici pediatri convenzionati, vengono eletti dai medici iscritti nell'elenco stesso con il sistema elettorale proporzionale tra liste concorrenti.

Le elezioni dei rappresentanti dei medici sono svolte a cura della federazione regionale degli ordini avvalendosi della collaborazione degli ordini provinciali.

La federazione regionale proclama gli eletti. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario di parte pubblica.

In caso di assenza o di impedimento del presidente le relative funzioni sono svolte dal componente più anziano di parte pubblica.

La sede del comitato è indicata dalla regione.

Il comitato predispone le graduatorie regionali dei pediatri convenzionati di cui all'art. 3.

Il comitato deve essere sentito preventivamente dalla regione o dalle UU.SS.LL. su tutti i provvedimenti inerenti all'applicazione del presente accordo ivi compresa l'attuazione, nell'ambito del territorio della Regione, dei programmi di aggiornamento professionale obbligatorio per gli specialisti in pediatria convenzionati.

Il comitato formula proposte ed esprime pareri sulla corretta applicazione delle normee del presente accordo per un corretto ricorso all'assistenza da parte degli assistibili, anche in riferimento a problemi o situazioni particolari locali che siano ad esse sottoposte dal presidente o da almeno un terzo dei suoi componenti.

Svolge inoltre ogni altro compitó assegnatogli dal presente accordo; la sua attività è comunque finalizzata a fornire indirizzi uniformi per l'applicazione del presente accordo.

Art. 10.

Commissione regionale di disciplina

In ciascuna regione, con provvedimento della giunta regionale, è istituita una commissione di disciplina composta da:

il presidente dell'ordine provinciale dei medici della città capoluogo di regione o suo delegato, che la presiede;
tre membri medici e un esperto designati dall'assessore regionale alla sanità, sentito l'ANCI regionale e un membro medico designato dalla U.S.L. che ha proceduto al deferimento;
tre membri medici e un esperto designati dal consiglio direttivo della Federazione regionale degli ordini dei medici su indicazione unitaria effettuata, di norma, d'intesa fra i sindacati medici di categoria più rappresentativi a livello nazionale.

La sede della commissione è indicata dalla regione.

Ai fini della nomina di cui al primo comma il presidente della Federazione regionale degli ordini dei medici invita, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, i sindacati medici nazionali di categoria a procedere alla designazione unitaria dei medici da nominare.

Nel caso che i sindacati non facciano pervenire detta designazione entro trenta giorni dal ricevimento dell'invito, il consiglio direttivo della federazione regionale degli ordini dei medici provvede direttamente a nominare la rappresentanza medica in seno alla commissione.

I pediatri di nomina ordinistica devono essere in possesso dei seguenti requisiti:.

1) età non inferiore a 40 anni;

2) anzianità di laurea non inferiore a 15 anni e di specializzazione in pediatria non inferiore a 7 anni;

3) attività di medicina specialistica pediatrica svolta in posizione convenzionale per un periodo non inferiore a 5 anni;

4) essere iscritto negli elenchi dei pediatri convenzionati.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario designato dalla regione.

La U.S.L. provvede all'istruttoria del caso avvalendosi della collaborazione del comitato dell'art. 8 prima dell'eventuale deferimento alla commissione di cui al presente articolo.

La commissione esamina i casi dei medici ad essa deferiti dalla U.S.L., per inosservanza delle norme del presente accordo, iniziando la procedura entro un mese dalla data di deferimento.

Al medico deferito, sono contestati gli addebiti ed è garantita la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni.

La commissione propone alla U.S.L. con atto motivato l'adozione di uno dei provvedimenti che seguono:

richiamo con diffida per trasgressioni ed inosservanze degli obblighi e dei compiti previsti dall'accordo;

riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di sei mesi: per inadempienze già oggetto di richiamo con diffida;

sospensione del rapporto per durata non superiore a due anni:

per gravi infrazioni finalizzate anche all'acquisizione di vantaggi personali;

per omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti incompatibilità, ai sensi dell'art. 2 dell'accordo;

per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla riduzione del trattamento economico;

revoca:

per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto.

I provvedimenti devono essere adottati dalla U.S.L. in conformità alle proposte della commissione di disciplina e sono definitivi. Essi sono notificati agli interessati e comunicati all'ordine dei medici ed alla commissione di cui al presente articolo.

Art. 11.

Istituzione, durata in carica, funzionamento degli organi collegiali - Spese per l'elezione dei rappresentanti medici.

I comitati consultivi di cui agli artt. 8 e 9 e la commissione disciplinare di cui all'art. 10 devono essere istituiti entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente accordo e durano in carica fino alla nomina delle nuove commissioni e comitati a seguito del rinnovo dell'accordo stesso.

Fermo restando il numero dei componenti indicato all'art. 8, laddove non si ritenga funzionale la istituzione del comitato consultivo in ogni singola U.S.L., per accordo tra più UU.SS.LL. può essere costituito un unico organismo, i cui rappresentanti di parte pubblica vengono individuati di comune accordo dai comitati di gestione delle singole UU.SS.LL.; i rappresentanti di parte medica saranno individuati con criterio analogo dai pediatri delle UU.SS.LL. facenti parte del gruppo.

Le commissioni ed i comitati sono validamente riuniti se è presente la maggioranza dei loro componenti e le deliberazioni delle commissioni e dei comitati sono valide se adottate dalla maggioranza dei presenti; in caso di parità dei voti prevale il voto del presidente.

È incompatibile la nomina contemporanea in più comitati o commissioni.

Le spese per le elezioni dei rappresentanti dei pediatri in seno ai comitati di cui agli articoli 8 e 9 sono a carico di tutti i pediatri iscritti negli elenchi.

Le U.S.L. provvedono al pagamento delle spese suddette a carico di un fondo costituito da quote trattenute sui compensi dovuti a ciascun pediatra, nella misura indicata dall'ordine dei medici.

Art. 12.

Cessazione del rapporto

Il rapporto tra le UU.SS.LL. e i pediatri iscritti negli elenchi, oltre che per le altre cause di decadenza espressamente previste, cessa:

1) per compimento del settantesimo anno di età;

2) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 10;

3) per recesso del medico, da comunicare alla U.S.L. con almeno un mese di preavviso;

4) per sopravvenuta accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi del precedente art. 2;

5) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 18;

6) per incapacità psico-fisica di svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato e da uno designato dalla U.S.L. e presieduta dal presidente dell'ordine dei medici o suo delegato.

Nel caso di cessazione per provvedimento di cui ai punti 2) e 5) del primo comma, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo due anni dalla cancellazione.

Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.

Oltre che per provvedimento della commissione di cui all'art. 10 l'iscrizione nell'elenco è sospesa di ufficio allorquando il medico sia sospeso dall'Albo professionale.

Art 13.

Scelta del pediatra

La costituzione e lo svolgimento del rapporto con il pediatra sono fondati sull'elemento fiducia.

Colui che esercita la patria potestà o un familiare autorizzato sceglie il pediatra di fiducia tra quelli iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale in cui è compresa la residenza dell'avente diritto; tale scelta va annotata con evidenziazione specifica della qualifica di pediatra sul documento personale di iscrizione al Servizio sanitario.

Il pediatra iscritto negli elenchi può acquisire e conservare scelte relative ad assistiti dalla nascita fino al compimento del quattordicesimo anno di età.

Le nuove scelte relative a bambini di età fra 0 e 6 anni compiuti, relative a nuovi nati, a trasferiti, a soggetti che cambiano il medico o che vengono ricusati dal medico di medicina generale dovranno essere effettuate entro i limiti del massimale individuale, in favore dei pediatri iscritti negli elenchi di cui all'art. 5. L'elenco si intende attivato con l'iscrizione del primo pediatra.

In mancanza di pediatri negli elenchi, le scelte di cui al comma precedente possono essere provvisoriamente effettuate in favore dei medici iscritti negli elenchi della medicina generale. All'attivazione dell'elenco pediatrico si applica quanto disposto dal comma 4 del presente articolo.

L'U.S.L., sentito il parere obbligatorio del comitato di cui all'art. 8 ovvero del comitato ex art. 9 qualora il primo non risulti costituito, previa accettazione del nuovo medico scelto, può consentire che la scelta sia effettuata in favore di un pediatra iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito è residente, quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.

La scelta è a tempo indeterminato per i residenti.

Per i minori non residenti la scelta e a tempo determinato da un minimo di tre mesi ad un massimo di un anno, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al medico dell'U.S.L. di provenienza del minore.

Art. 14.

Revoca e recusazione della scelta

Colui che esercita la patria potestà o un familiare autorizzato può revocare in ogni tempo la scelta dandone comunicazione al competente ufficio. Contemporaneamente alla revoca, deve essere effettuata una nuova scelta ai sensi dell'art. 13 che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

Il pediatra che non intende prestare la propria opera in favore di un assistibile può in ogni tempo recusare la scelta dandone comunicazione al competente ufficio. Tale revoca deve essere motivata, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78. Fra i motivi della recusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la recusazione decorre dal sedicesimo giorno successivo alla sua comunicazione.

Non è consentita la recusazione quando nel comune non sia operante altro pediatra salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del comitato di U.S.L. di cui all'art. 8.

Art. 15.

Revoche di ufficio

La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte o trasferimento o per compimento del quattordicesimo anno di età dell'assistibile ha effetto dal giorno del verificarsi dell'evento che determina la revoca ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 1982, n. 526.

Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato.

Tali comunicazioni saranno contestuali alle variazioni del mese di competenza.

La revoca d'ufficio della scelta da operarsi per compimento del quattordicesimo anno di età è comunicata tempestivamente alla famiglia dell'assistito.

Art. 16.

Scelta - Revoca - Recusazione - Effetti economici

Ai fini della corresponsione dei compensi, la scelta, la revoca e la recusazione decorrono dal primo giorno del mese in corso o di quello successivo a seconda che intervengano nella prima o nella seconda metà del mese.

Il rateo mensile è frazionabile in ragione del numero dei giorni di cui è composto il mese al quale il rateo stesso si riferisce, quando le variazioni dipendono dal trasferimento del pediatra, da cancellazione o sospensione del pediatra dall'elenco.

Per i nuovi nati gli effetti economici della prima scelta decorrono dal momento della nascita. Qualora la scelta non sia eseguita entro novanta giorni dalla nascita, essa decorre agli effetti economici dal novantesimo giorno antecedente la data della sua effettuazione.

Art. 17.

Elenchi nominativi e variazioni mensili

Entro la fine di ciascun semestre le UU.SS.LL. inviano ai pediatri l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi.

Le UU.SS.LL. inoltre comunicano mensilmente ai singoli pediatri le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente, allegandovi le copie delle dichiarazione di scelta o di revoca.

Art. 18.

Requisiti e apertura degli ambulatori

Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale oltre che ai fini della corresponsione del concorso nelle spese riferite all'attività professionale di cui all'art. 29 ciascun pediatra deve avere la disponibilità di un ambulatorio nel quale esercitare l'attività convenzionata.

L'ambulatorio del pediatra convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della professione, di sala di attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea.

Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso ambulatorio con destinazione specifica od anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione.

Se l'ambulatorio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione fra le due strutture.

L'ambulatorio dei pediatri iscritti negli elenchi salvo quanto previsto in materia di orario di guardia medica deve essere aperto agli aventi diritto per cinque giorni alla settimana, secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alla necessità degli assistibili iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza.

Il suddetto orario, che verrà comunicato alla U.S.L., sarà esposto all'ingresso dell'ambulatorio. Eventuali variazioni dovranno essere adeguatamente motivate e tempestivamente comunicate all'U.S.L.

Nelle giornate di sabato il pediatra non e tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore 10 dello stesso giorno, nonchè quelle eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore 10 del giorno precedente.

L'apertura di un eventuale secondo ambulatorio in comune diverso da quello di iscrizione, purchè nell'ambito territoriale definito ai sensi dell'art. 4 può essere autorizzata dalla U.S.L., sentito il parere del comitato ex art. 8 solo in presenza di effettive esigenze assistenziali.

Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i pediatri che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

Le visite ambulatoriali, salvo i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso il sistema di prenotazione.

Art. 19.

Divieto di esercizio di libera professione

Ai pediatri iscritti negli elenchi è fatto divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati.

Art. 20.

Compiti e funzioni del pediatra

Le prestazioni del pediatra comprendono le visite domiciliari e ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico e preventivo individuale, nonchè le prestazioni di natura incentivante di cui all'allegato elenco (all. *A*).

L'attività medica viene prestata in ambulatorio o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.

Il pediatra inserito negli elenchi assolve una funzione globale, terapeutica, preventiva e di educazione sanitaria individuale per l'età evolutiva ed è pertanto tenuto ad effettuare, oltre che le funzioni di assistenza diagnostico-terapeutica, anche prestazioni concernenti:

compilazione di schede e libretti sanitari previsti a livello nazionale o regionale;

controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e ricerca dei fattori di rischio secondo i tempi e le metodologie indicate nei programmi delle UU.SS.LL., con particolare rilievo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neurosensoriali e psichici;

profilassi generica e specifica (vaccinazioni obbligatorie e facoltative tecnicamente realizzabili) delle malattie infettive;

esecuzione di eventuali screening;

controlli profilattici e relative certificazioni per le ammissioni e riammissioni di legge alle collettività infantili e scolastiche;

certificazione di malattia richiesta dai familiari per gli usi consentiti dalla legge;

valutazione e certificazione sanitaria della idoneità generica sportiva e dell'attitudine alle pratiche sportive;

interventi e compilazione della scheda per l'invio a case di vacanze, campeggi, etc.;

interventi di educazione sanitaria nell'ambito dei programmi del servizio nei confronti dei propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'attività evolutiva;

collegamento e collaborazione con l'U.S.L. per ricerche statistiche ed epidemiologiche riguardanti la prima infanzia e l'età evolutiva;

collegamento con presidi ospedalieri della U.S.L. in occasione di eventuali degenze dell'assistito;

partecipazione a specifici incontri promossi dall'U.S.L. nell'ambito dell'organizzazione del servizio, concordando con l'U.S.L. le modalità di rimborso delle spese derivanti da eventuale onorario al sostituto.

Le modalità organizzative e di attuazione delle funzioni e dei compiti sopra indicati vengono definite dall'U.S.L. nell'ambito dei programmi regionali e locali.

Il pediatra convenzionato svolge inoltre i compiti ed esegue le prestazioni di cui ai successivi articoli.

Art. 21.

Visite domiciliari

La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore 10, ove invece la richiesta venga recepita dopo le ore 10, la visita deve essere effettuata entro le ore 12 del giorno successivo.

A cura delle UU.SS.LL. tale norma sarà portata a conoscenza degli assistibili.

La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

Art. 22.

Il consulto con lo specialista

Il consulto può essere attivato dal pediatra di fiducia qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal pediatra presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della U.S.L. del paziente.

Il consulto, previa autorizzazione della U.S.L., può essere attuato, su richiesta motivata del pediatra di libera scelta, anche presso il domicilio del paziente.

Il pediatra e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione nel rispetto delle esigenze dei servizi della U.S.L.

Art. 23.

Accesso del pediatra di fiducia presso gli ambienti di ricovero

Il pediatra di fiducia può accedere, qualora lo ritenga necessario, presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza o di dimissione del proprio paziente. Tale accesso può essere attivato dal pediatra che concorda con il responsabile del reparto i tempi e i modi di attuazione. Ciò non è necessario in caso di ricovero urgente del paziente.

Qualora il responsabile del reparto ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente ricoverato può mettersi in contatto con il pediatra di fiducia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

Art. 24.

Assistenza farmaceutica e modulario

La prescrizione di specialità farmaceutiche e di galenici avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale.

Il medico può dar luogo al rinnovo della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, su richiesta di un familiare, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

In relazione a quanto stabilito dall'art. 11 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638, il medico riporta sul modulo prescrizione gli estremi del documento, rilasciato dalla U.S.L., attestando il diritto dell'assistito all'esenzione dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria.

La prescrizione è redatta in unica copia sul modulario regionale.

Art. 25.

Richieste di indagine specialistica
Proposte di ricovero e di cure termali

Il pediatra, ove lo ritenga necessario, formula richieste di visita o indagine specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

La richiesta di indagine o visita specialistica deve essere corredata delle diagnosi o del sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 22.

Il pediatra può dar luogo al rinnovo della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, su richiesta di un familiare quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, in busta chiusa con l'indicazione «al medico curante» suggerendo la terapia e segnalando l'eventuale utilità di successivi controlli specialistici.

Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste.

Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, neuropsichiatria infantile e oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche.

La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato *C*) che riporti i dati relativi al paziente, estratti dalla scheda sanitaria individuale con particolare riguardo per il fatto morboso per il quale si richiede il ricovero.

Il modulario di cui all'art. 24 è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche. Per queste ultime è consentita la multi-pluri-proposta, escludendosi ogni ulteriore adempimento a carico del pediatra curante.

Art. 26.

Assistenza programmata ad assistiti non ambulabili

L'assistenza programmata si articola in due forme di interventi:

a) assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non ambulabili;

b) assistenza nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette.

L'assistenza programmata viene erogata sulla base di intese raggiunte a livello regionale con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi in sede regionale, sentito il comitato ex art. 9.

Laddove in qualche regione non siasi proceduto alla stipula delle suddette intese entro sei mesi dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, l'erogazione di questa forma di assistenza sarà disciplinata dalle suddette regioni in conformità ai contenuti di un'intesa da concordarsi a livello nazionale sulla base della media degli specifici accordi raggiunti nelle altre regioni.

In particolare, l'assistenza domiciliare nei confronti di pazienti non ambulabili si rivolge ai portatori di handicap o a malati cronici che non sono in grado di frequentare lo studio del proprio medico. La loro identificazione viene concordata tra il pediatra di fiducia e il competente servizio sanitario della U.S.L.

Tale assistenza deve prevedere, al di fuori delle normali visite domiciliari per fatti acuti, un accesso periodico del pediatra di fiducia e la possibilità per lo stesso di attivare per il paziente visite specialistiche, ricerche diagnostiche domiciliari e assistenza infermieristica.

È opportuno, ove questi pazienti usufruiscano di attività assistenziali di tipo sociale, uno stretto collegamento tra il pediatra e gli addetti a questo tipo di assistenza.

Presso il domicilio del paziente il pediatra attiverà un diario clinico che serva da collegamento tra i vari interventi sanitari.

Art. 27.

Interventi socio-assistenziali

Il pediatra di fiducia sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltre che alle condizioni sanitarie, anche a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'U.S.L. l'esigenza di particolari interventi socio-assistenziali.

Art. 28.

Collegamenti con i servizi di guardia medica

Il pediatra di fiducia secondo scienza e coscienza valuta l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisico patologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nella esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di guardia medica.

Art. 29.

Trattamento economico

Il trattamento economico del medico pediatra iscritto negli elenchi si compone delle seguenti voci:

A) - Onorario professionale e quota integrativa proporzionale.

B) - Quota aggiuntiva professionale.

C) - Indennità di piena disponibilità.

D) - Indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale.

E) - Concorso nelle spese per la produzione del reddito.

F) - Compenso di variazione degli indici del costo della vita.

G) - Contributo previdenziale.

H) - Contributo per assicurazione di malattia.

I) - Compensi per eventuali visite occasionali e prestazioni di particolare impegno professionale.

In particolare:

A) *Onorario professionale e quota integrativa proporzionale.*

Ai medici pediatri iscritti negli elenchi è corrisposto per ciascun assistibile in carico di età compresa fra 0 e 14 anni un compenso forfettario annuo (colonna *a* delle tabelle che seguono) e una quota integrativa proporzionale (colonna *b* delle tabelle che seguono) articolata per anzianità di specializzazione in relazione al disposto dell'art. 48, terzo comma, punto 7), della legge n. 833/78.

Compenso forfettario annuo
e quota integrativa proporzionale
dal 1° luglio 1987 al 31 dicembre 1987

Anzianità di specializzazione del pediatra	Onorario professionale *a)*	Quota integrativa proporzionale *b)*	Totale
da 0 fino a 2 anni	33.960	8.735	42.695
oltre 2 fino a 9 anni	33.960	13.007	46.967
oltre 9 fino a 16 anni	33.960	17.278	51.238
oltre 16 anni	33.960	21.544	55.504

Compenso forfettario annuo
e quota integrativa proporzionale
dal 1° gennaio 1988

Anzianità di specializzazione del pediatra	Onorario professionale *a)*	Quota integrativa proporzionale *b)*	Totale
da 0 fino a 2 anni	36.000	9.259	45.259
oltre 2 fino a 9 anni	36.000	13.788	49.788
oltre 9 fino a 16 anni	36.000	18.316	54.316
oltre 16 anni	36.000	22.838	58.838

Per il periodo 1° gennaio 1986-30 giugno 1987, sui compensi liquidati ai pediatri al titolo in questione secondo la tabella di cui all'art. 34 del decreto del Presidente della Repubblica n. 883/84, è corrisposta una maggiorazione del 14,08% (quattordici e zero otto per cento).

B) *Quota aggiuntiva professionale.*

Per lo svolgimento di specifiche e più qualificate prestazioni professionali a favore dei propri assistiti, quali la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria e del libretto individuale (art. 20), la compilazione per estratto della suddetta scheda da rilasciarsi ai fini del ricovero in strutture di degenza (art. 23), il consulto con il medico specialista (art. 22), la continuità assistenziale nei confronti dei propri assistiti mediante accesso alle strutture di degenza (art. 23), ai medici è corrisposta, per ciascun assistibile in carico, una quota aggiuntiva professionale nelle misure annue specificate nelle tabelle che seguono:

Quota aggiuntiva professionale dal 1° luglio 1987 al 31 dicembre 1987

Anzianità di specializzazione del pediatra	Onorario professionale a)	Quota integrativa proporzionale b)	Totale
da 0 fino a 2 anni	2.376	611	2.987
oltre 2 fino a 9 anni	2.376	910	3.286
oltre 9 fino a 16 anni	2.376	1.209	3.585
oltre 16 anni	2.376	1.507	3.883

Quota aggiuntiva professionale dal 1° gennaio 1988

Anzianità di specializzazione del pediatra	Onorario professionale a)	Quota integrativa proporzionale b)	Totale
da 0 fino a 2 anni	3.600	926	4.526
oltre 2 fino a 9 anni	3.600	1.379	4.979
oltre 9 fino a 16 anni	3.600	1.832	5.432
oltre 16 anni	3.600	2.284	5.884

C) *Indennità di piena disponibilità.*

A far data dal 1° gennaio 1986, ai pediatri che svolgono esclusivamente attività di pediatra di libera scelta ai sensi del presente accordo e che non hanno altro tipo di rapporto — di dipendenza o convenzione — con il Servizio sanitario nazionale, ad esclusione di rapporti nell'ambito della guardia medica e della medicina dei servizi o con altre istituzioni pubbliche o private, spetta per ciascun assistibile in carico e fino alla concorrenza del massimale di 800 scelte, un'indennità annua, nelle misure indicate nelle tabelle che seguono:

1) per tutti gli assistibili fino al massimo di 800:

Indennità di piena disponibilità

Anzianità di specializzazione del pediatra	Dal 1-1-1986 al 31-12-1986	Dal 1-1-1987 al 30-6-1987
da 0 fino a 2 anni	1.674	3.348
oltre 2 fino a 9 anni	1.798	3.596
oltre 9 fino a 16 anni	1.923	3.846
oltre 16 anni	2.047	4.094

2) per i primi 250 assistibili:

Indennità di piena disponibilità

Anzianità di specializzazione del pediatra	Dal 1-7-1987 al 31-12-1987	1988
da 0 fino a 2 anni	3.710	5.622
oltre 2 fino a 9 anni	3.959	5.999
oltre 9 fino a 16 anni	4.208	6.376
oltre 16 anni	4.457	6.753

3) per gli assistibili da 251 a 800:

Indennità di piena disponibilità

Anzianità di specializzazione del pediatra	Dal 1-7-1987 al 31-12-1987	1988
da 0 fino a 2 anni	3.359	5.090
oltre 2 fino a 9 anni	3.608	5.467
oltre 9 fino a 16 anni	3.857	5.844
oltre 16 anni	4.106	6.221

D) *Indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale.*

I) Ai medici pediatri, è corrisposto, per ciascun assistibile in carico un'indennità forfettaria annua, come da tabella che segue:

Indennità di rischio e avviamento professionale

	Dal 1-7-1987	Dal 1-1-1988
per i primi 250 assistibili	20.942	22.200
per gli assistibili da 251 fino al massimale o alla quota individuale	14.920	15.816

Per il periodo 1° gennaio 1986-30 giugno 1987, sulle indennità liquidate ai pediatri al titolo in questione secondo i valori indicati nell'articolo 34, lettera *c)*, del decreto del Presidente della Repubblica n. 883/84, è corrisposta una maggiorazione del 14, 08% (quattordici e zero otto per cento).

II) Per lo svolgimento delle specifiche e più qualificate prestazioni indicate alla precedente lett. *B)*, all'indennità di rischio e di avviamento professionale di cui al punto I) che precede sono apportate le maggiorazioni annue appresso indicate:

Indennità di rischio e avviamento professionale

	Dal 1-1-1987	Dal 1-1-1988
fino a 250 assistibili	1.709	2.590
da 251 assistibili fino al massimale o alla quota individuale	1.218	1.845

III) Nulla è dovuto a titolo d'indennità di rischio e avviamento professionale per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

E) *Concorso nelle spese per la produzione del reddito.*

I) Ai medici pediatri iscritti negli elenchi è corrisposto un concorso nelle spese sostenute in relazione alle attività professionali e in particolare per la disponibilità dello studio medico, per la disponibilità del telefono, per i mezzi di trasporto necessari e per ogni altro strumento utile allo svolgimento dell'attività a favore degli assistiti.

Al titolo in questione per ciascun assistibile in carico è corrisposto un concorso spese nelle misure risultanti dalla tabella che segue:

Concorso nelle spese di produzione del reddito

	Dal 1-7-1987	Dal 1-1-1988
	—	—
per i primi 250 assistibili	20.942	22.200
per gli assistibili da 251 fino al massimale o alla quota individuale	14.920	15.816

Per il periodo 1° gennaio 1986-30 giugno 1987, sulle somme liquidate ai pediatri a titolo di concorso spese secondo i valori indicati nell'art. 34, lettera *b)*, del decreto del Presidente della Repubblica n. 883/84, è corrisposta una maggiorazione del 14,08% (quattordici e zero otto per cento).

II) Per lo svolgimento delle specifiche e più qualificate prestazioni indicate alla precedente lett. *B)*, al concorso nelle spese di cui al punto I) che precede sono apportate le maggiorazioni annue appresso indicate:

Concorso nelle spese di produzione del reddito

	Dal 1-7-1987	Dal 1-1-1988
	—	—
per i primi 250 assistibili	1.221	1.850
per gli assistibili da 251 fino al massimale o alla quota individuale	870	1.318

III) Nulla è dovuto a titolo di concorso spese per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

Il concorso nelle spese viene erogato mensilmente in acconto dall'U.S.L. in misura intera. Il medico ha l'obbligo di comprovare l'entità delle spese effettivamente sostenute per lo svolgimento dell'attività convenzionata in occasione della presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini dell'IRPEF.

A tale scopo egli è tenuto a presentare all'U.S.L. la sola fotocopia, sottoscritta per conformità, del quadro E del modello 740, per la voce afferente agli introiti, alle spese e agli oneri deducibili (dalla voce 1 alla voce 12).

I medici che ai fini della denuncia IRPEF compilano il riquadro E1, esibiscono fotocopia di tale riquadro corredata della documentazione probatoria di spesa con dichiarazione di responsabilità.

Qualora il medico abbia denunciato unicamente proventi soggetti a ritenuta di acconto ed essi siano pari ai compensi percepiti per l'attività svolta ai sensi del presente accordo, l'U.S.L. nel caso che il totale delle spese risulti inferiore al concorso nelle spese di produzione del reddito, provvederà a trattenere la somma eccedente sugli emolumenti da corrispondere al medico nei mesi successivi.

Laddove, invece, il medico abbia denunciato proventi di importo superiore ai compensi percepiti per l'attività convenzionata, dovrà essere imputata allo svolgimento di tale attività una percentuale del totale delle spese pari al rapporto tra i proventi derivanti dall'attività convenzionale e il totale degli introiti denunciati.

In questo caso, qualora il medico abbia introitato proventi per prestazioni che non hanno comportato spese professionali, egli potrà dimostrare all'U.S.L. l'ammontare e l'origine per i conseguenti riflessi sul calcolo di cui al comma precedente.

Il contributo non compete o compete in misura proporzionalmente ridotta, quando il medico ritenga di avvalersi, per l'espletamento degli obblighi convenzionali, di servizi e personale di collaborazione forniti dall'U.S.L.

In tal caso l'U.S.L. accerta e documenta le spese sostenute per assicurare al medico convenzionato, per questa sua specifica attività, servizi e personale di collaborazione: ove il medico non concordi, l'accertamento effettuato dall'U.S.L. viene verificato in sede di comitato ex art. 8, tenendo presente l'entità sia dell'attività convenzionale svolta sia dei compiti di medicina pubblica esercitati nella medesima struttura, nonché l'opportunità di incentivare la più ampia capillarizzazione del servizio pubblico.

Verificata la spesa di cui al comma precedente, essa va imputata innanzitutto alle somme da corrispondere al medico a titolo di concorso nelle spese di produzione del reddito; ove non vi sia capienza, l'eccedenza va imputata alle somme da corrispondere al medico a titolo di indennità forfettaria a copertura del rischio e avviamento professionale di cui al precedente punto D).

F) *Compenso di variazione dell'indice del costo della vita.*

Le parti convengono che ai medici iscritti negli elenchi dei pediatri di libera scelta sono attribuite quote mensili di carovita determinate in linea con i criteri di cui alla legge n. 38 del 26 febbraio 1986 e all'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica n. 13 del 1° febbraio 1986, con le seguenti specificazioni:

a) l'adeguamento delle quote di caro-vita avviene con cadenza semestrale, con riferimento alla variazione dell'indice sindacale registrato nel semestre precedente;

b) il primo semestre di attuazione decorre dal mese di novembre 1985 e termina il mese di aprile 1986; pertanto il primo adeguamento decorre dal 1° maggio 1986;

c) le quote vengono corrisposte in aggiunta a quelle dovute alla data del 1° novembre 1985 in base alle norme del decreto del Presidente della Repubblica n. 883/84;

d) il compenso tabellare che, sommato alle quote di caro-vita spettanti nel semestre precedente, costituisce la base di calcolo per l'applicazione dei criteri di cui alla legge n. 38/86 e al decreto del Presidente della Repubblica n. 13/86, è rappresentato dal valore iniziale complessivo dell'onorario professionale e della quota integrativa proporzionale di cui alla lettera A — individuato in L. 40.205 per l'anno 1986, L. 42.695 per l'anno 1987 e L. 45.259 per l'anno 1988 — moltiplicato per il numero delle scelte in carico al singolo medico in ciascun mese, con il tetto massimo di 800 scelte;

e) ai medici con un numero di scelte inferiore a 477 unità spetta un incremento delle quote di caro-vita corrispondente a quello riferito a 477 scelte decurtato di un decimo per ogni 50 scelte — o frazione di 50 superiore a 25 — al di sotto del limite di 477.

Le quote di cui al comma precedente non spettano a coloro che comunque e a qualsiasi titolo usufruiscano di meccanismi automatici di adeguamento dei compensi al costo della vita.

Le quote di caro-vita spettano ai pensionati che, in quanto tali, non fruiscano dell'indennità integrativa speciale.

G) *Contributo previdenziale.*

Per i medici pediatri iscritti negli elenchi viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui al secondo comma del punto 6) dell'art. 9 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 20% (venti per cento) dell'ammontare degli emolumenti relativi ai punti A), B) ed F) del presente articolo, di cui il 13% a carico dell'U.S.L. e il 7% a carico del medico.

I contributi devono essere versati all'ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro trenta giorni successivi alla scadenza del trimestre.

H) *Contributo per assicurazione di malattia.*

Per far fronte al pregiudizio derivante dagli eventi di malattia è posto a carico del servizio pubblico, a far data dal 1° gennaio 1987, un onere pari allo 0,5% (zero virgola cinque per cento) dei compensi relativi ai punti A), B) ed F) del presente articolo, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui alla lettera G), le UU.SS.LL. versano all'ENPAM il contributo per assicurazione di malattia affinché provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo avranno provveduto a stipulare apposito contratto di assicurazione.

I) *Compensi per eventuali visite occasionali e prestazioni di particolare impegno professionale.*

Ai pediatri spettano, infine, il compenso per le eventuali visite occasionali di cui all'art. 30 e il compenso per le prestazioni di particolare impegno professionale di cui all'allegato *A*.

In ogni caso gli emolumenti riferiti alle prestazioni di particolare impegno professionale, da corrispondere con cadenza quadrimestrale, non possono superare nell'arco del quadrimestre il cinquanta per cento dei compensi spettanti complessivamente a titolo di onorario professionale e di quota integrativa proporzionale di cui alla lettera A).

Maggiorazioni per zone disagiatissime comprese le piccole isole.

Per lo svolgimento di attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai medici un compenso accessorio annuo nella misura e con le modalità concordate a livello regionale con i sindacati di categoria piu rappresentativi.

Tempi e modi di pagamento.

I compensi di cui alle lettere A), B), C), D), E) ed F) sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, unitamente a quelli relativi alle visite occasionali, mensilmente entro la fine del mese successivo a quello di competenza.

Ai soli fini della correntezza del pagamento dei compensi ai medici di medicina generale si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle UU.SS.LL.

Le variazioni di retribuzione relative ai passaggi di fascia per quanto riguarda l'anzianità di specializzazione del pediatra saranno effettuate una sola volta all'anno: il primo gennaio dell'anno in considerazione, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il primo gennaio dell'anno successivo se la variazione cade tra il 1° luglio ed il 31 dicembre.

Al pediatra che partecipi a forme di medicina di gruppo con medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 27 dell'accordo nazionale riguardante i rapporti con questa categoria professionale, spettano i compensi stabiliti dal presente articolo.

Art. 30.

Visite occasionali

I pediatri iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistibili che li hanno preventivamente scelti.

I pediatri, tuttavia, salvo quanto previsto dall'articolo in materia di guardia medica e di assistenza nelle località turistiche, sono tenuti a prestare la propria opera, anche in mancanza di scelta preventiva, secondo quanto disposto dall'art. 1, lettera *b)*, del decreto-legge 25 gennaio 1982, n. 161, convertito, con modificazioni, nella legge 25 marzo 1982, n. 98:

1) in favore dei cittadini in età pediatrica che, trovandosi occasionalmente fuori del proprio comune di residenza, ricorrano all'opera del pediatra;

2) in favore degli stranieri in età pediatrica in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscano il prescritto documento comprovante il loro diritto all'assistenza sanitaria a carico del servizio sanitario pubblico.

Le visite di cui al presente articolo sono compensate con le seguenti tariffe omnicomprensive:

visita ambulatoriale L. 8.000;

visite a domicilio L. 14.000.

Nel riepilogo mensile delle prestazioni, le visite occasionali sono elencate con l'indicazione di nome e cognome dell'avente diritto, numero del libretto, regione di provenienza, indirizzo e numero dell'U.S.L. di appartenenza.

Art. 31

Aggiornamento obbligatorio e formazione permanente

Le regioni annualmente, d'intesa con gli ordini dei medici e i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi, avvalendosi ove possibile anche della collaborazione delle associazioni professionali di pediatria, emanano norme generali sui temi prioritari per la formazione permanente obbligatoria del pediatra di libera scelta, anche in relazione alla attuazione dei progetti obiettivo. Le attività di aggiornamento professionale obbligatorio si svolgono presso i presidi sanitari delle UU.SS.LL. utilizzando appropriati metodi pedagogici e personale appositamente addestrato.

Stabilite a livello regionale le linee di coordinamento ed indirizzo, la programmazione complessiva dei corsi, dei metodi, della strutturazione temporale degli stessi e quella economico-gestionale, le UU.SS.LL. provvedono all'attuazione dei corsi. I comitati consultivi di cui all'art. 9 esprimono parere sui programmi applicativi. I temi dell'aggiornameno obbligatorio saranno scelti in modo da rispondere ai bisogni organizzativi del servizio e all'accrescimento culturale del pediatra anche in relazione alla evoluzione della patologia. Tali corsi sono a carico del Servizio sanitario nazionale.

I corsi, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, si svolgeranno il sabato mattina per almeno otto sabati pari a 32 ore annue; al pediatra partecipante vengono corrisposti i normali compensi. La U.S.L. adotta i provvedimenti necesssari a garantire il servizio durante le ore di aggiornamento. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico della U.S.L.

Le UU.SS.LL. al termine di ciascun corso rilasciano un attestato relativo alla materia del corso freguentato.

Con accordi a livello regionale tra la regione, ordini dei medici e i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi potranno essere prese iniziative per l'attuazione di corsi di addestramento appositamente dedicati agli animatori della formazione permanente da individuarsi tra pediatri già inseriti negli elenchi regionali della pediatria.

Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.

Detta attività non comporta riduzione del massimale individuale.

A cura della regione gli animatori sono inclusi in un apposito albo regionale.

Art. 32.

Commissione professionale regionale

In ogni regione è costituita ai sensi dell'art. 24 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, una commissione professionale cui sono affidati, nel rispetto dei principi sanciti in detto art. 24, i seguenti compiti:

a) definire gli standards medi assistenziali che tengano conto anche della situazione demografica, patologica e organizzativa locale;

b) definire il parametro di spesa regionale inteso come dato indicativo per il comportamento prescrittivo responsabile del medico e per le commissioni professionali;

c) fissare le procedure per la verifica di qualità dell'assistenza tenendo conto degli standards assistenziali definiti e dei parametri di spesa fissati dalla regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali, prevedendo, nei casi di eccesso di spesa, anche le modalità per la contestazione al medico assicurando la preventiva informazione e il confronto obbligatorio con il medico stesso;

d) stabilire nei casi di reiterate inadempienze le ipotesi cui si debba far luogo al deferimento del medico alla commissione di cui all'art. 10.

Per gli adempimenti di cui al comma precedente le UU.SS.LL. hanno l'obbligo di comunicare periodicamente ai medici e alla commissione professionale il parametro di spesa regionale, lo standard medio assistenziale dei diversi presidi e servizi delle UU.SS.LL. nonché il comportamento prescrittivo dei singoli medici convenzionati evidenziando in particolare quello relativo alla prescrizione farmaceutica e alla richiesta di indagini strumentali e di laboratorio, di consulenza specialistica e di assistenza ospedaliera, curando di separare i casi in cui la richiesta provenga autonomamente dal medico o sia stata richiesta da altri presidi sanitari.

La commissione professionale regionale, nominata con provvedimento della regione è presieduta dal presidente dell'ordine dei medici della città capoluogo di regione ed è così costituita da:

cinque esperti qualificati nominati dalla regione e scelti tra dipendenti delle strutture universitarie e dal servizio sanitario nazionale;

quattro rappresentanti dei medici specialisti pediatri di libera scelta scelti dai membri di parte medica del comitato consultivo regionale;

un funzionario della carriera direttiva amministrativa della Regione con funzioni di segretario.

Art. 33.

Comunicazioni del pediatra alla U.S.L.

Il pediatra iscritto negli elenchi è tenuto a comunicare sollecitamente alla U.S.L. competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alla graduatoria di cui all'art. 3, nonché l'insorgere di situazioni di incompatibilità previste dall'art. 2.

In ogni caso la U.S.L. competente o la regione può richiedere annualmente al pediatra una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni, attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, le limitazioni del massimale o la corresponsione dell'indennità di disponibilità.

Il medico è altresì tenuto a soddisfare le richieste di informazioni previste dall'art. 24, lettera *C)*, della legge n. 730/83.

In caso di astensione dall'attività assistenziale in dipendenza di agitazioni sindacali, il pediatra è tenuto a comunicare alla U.S.L. di iscrizione l'eventuale non adesione all'agitazione entro 24 ore dall'inizio dell'agitazione a mezzo telegramma.

La mancata comunicazione comporta la trattenuta della quota relativa al periodo di astensione dell'attività convenzionata, calcolata in un trentesimo per ogni giorno di astensione dall'attività assistenziale.

Art. 34.

Sostituzioni

Il pediatra che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare al competente ufficio della U.S.L. il nominativo del collega o dei colleghi che lo sostituiscono quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni.

Il pediatra, per sostituzioni fino a trenta giorni può farsi sostituire da uno o più pediatri, o in mancanza anche da medici fuori elenco purché iscritti alla scuola di specializzazione in pediatria; in mancanza anche da medici di propria fiducia.

Ove la sostituzione superi i trenta giorni il pediatra deve segnalare un solo sostituto.

Le UU.SS.LL. per i primi trenta giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al pediatra sostituito il quale provvede a trasferire al collega le relative competenze; dal trentunesimo giorno in poi i compensi sono corrisposti direttamente al medico che effettua la sostituzione.

Il pediatra che non riesca ad assicurare la propria sostituzione deve tempestivamente informare la U.S.L. la quale provvede a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nella graduatoria di cui all'art. 3 e secondo l'ordine della stessa.

Per le sostituzioni superiori a trenta giorni il sostituto non in possesso del titolo di specializzazione percepisce i compensi secondo le tabelle previste dall'accordo per la medicina generale, relativamente al primo gruppo di anzianità di laurea.

Ove il sostituto sia in possesso del titolo di specializzazione percepirà il compenso previsto per i pediatri di cui alla prima fascia di anzianità di specializzazione.

I rapporti economici fra il pediatra sostituito e quello sostituto, chiunque fra i due percepisca i compensi, sono regolati secondo le modalità stabilite dall'apposito regolamento allegato sub *D*.

Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

Fatte salve le ipotesi di malattia e per comprovati motivi di studio o per il servizio militare o sostitutivo civile, qualora il pediatra si assenti per più di sei mesi nell'anno, anche non continuativi, l'U.S.L. sentito il comitato di cui all'art. 8, esamina il caso ai fini dell'eventuale risoluzione del rapporto.

Le norme di cui sopra si applicano anche nel caso di pediatra assente per maternità.

Quando il pediatra sostituito per qualsiasi motivo, sia nell'impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le UU.SS.LL. possono direttamente liquidare tali competenze al medico che ha effettuato la sostituzione.

Alla sostituzione del pediatra sospeso dagli elenchi per effetto di provvedimenti della commissione di cui all'art. 10 provvede la U.S.L. con le modalità di cui al quarto comma del presente articolo. In tal caso i compensi sono corrisposti al sostituto fin dal primo giorno.

Le scelte del pediatra colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al pediatra sospeso salvo che i singoli aventi diritto avanzino richieste di variazione del pediatra di fiducia; variazione che in ogni caso non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione per tutta la durata della stessa, anche se quest'ultimo risulti essere stato iscritto nell'elenco prima di assumere tale incarico.

L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta la iscrizione del pediatra nell'elenco.

Art. 35.

Guardia medica e turistica

Il servizio di guardia medica notturno, festivo e prefestivo, nonché il servizio di assistenza nelle località turistiche di cui all'art. 42 dell'accordo nazionale per la medicina generale è esteso anche agli assistibili in carico ai pediatri.

Art. 36.

Diritti sindacali

Ai membri di parte medica eletti in tutti i comitati e commissioni previste dal presente accordo sarà rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi.

Tale onere sarà a carico della regione e delle singole UU.SS.LL., rispettivamente per i comitati e le commissioni regionali e di U.S.L.

I rappresentanti dei sindacati medici di categoria a carattere nazionale e regionale, i pediatri nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i pediatri eletti al parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale, possono avvalersi, con oneri a loro carico, della collaborazione professionale di medici con compenso orario.

Detto compenso orario, omnicomprensivo, non potrà essere inferiore al costo globale orario previsto dall'accordo collettivo ex art. 48 della legge n. 833/78 concernente gli incarichi non specialistici a rapporto orario con le UU.SS.LL.

A titolo di concorso negli oneri per sostituzioni collegate allo svolgimento di compiti sindacali, a ciascun sindacato firmatario viene riconosciuta la disponibilità di due ore annuali per ogni iscritto.

Il numero dei pediatri di libera scelta iscritti è rilevato a livello regionale sulla base del numero dei pediatri a carico dei quali, per ciascun sindacato, viene effettuata, a cura delle UU.SS.LL., la trattenuta della quota sindacale. I «resti» risultanti nell'ambito delle singole regioni sono utilizzati a livello nazionale.

La segreteria nazionale del sindacato comunica ogni anno congiuntamente a tutte le regioni i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario accertata come sopra, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati comunica alla propria U.S.L. il nominativo del medico che l'ha sostituito nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, sulla base di un compenso orario pari alla misura tabellare iniziale prevista dall'accordo ex art. 48 della legge n. 833/78 per i medici a rapporto orario addetti ad attività non specialistiche (medicina dei servizi). Il compenso è liquidato, a seconda del sistema di pagamento localmente adottato, direttamente dalla regione oppure dalla U.S.L. che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.

Art. 37.

Quote sindacali

La riscossione delle quote sindacali per il sindacato firmatario del presente accordo avviene su delega del medico attraverso la U.S.L. con versamento in c/c intestato al tesoriere del sindacato firmatario per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.

Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide.

I costi del servizio di esazione sono a carico del sindacato.

Art. 38.

Il presente accordo ha durata triennale e scade il 30 giugno 1988.

Norma finale

I pediatri che, alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, risultano iscritti negli elenchi dei pediatri di libera scelta delle UU.SS.LL. sono confermati nel rapporto convenzionale.

Norma transitoria n. 1

È fatto divieto di costituire associazioni ai fini del rientro nel massimale.

Le associazioni in atto alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo cessano di diritto entro sessanta giorni.

I medici che, alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica di cui al comma precedente, abbiano in carico un numero di scelte eccedenti il proprio massimale o quota individuale debbono, entro quindici giorni dalla data suddetta, dichiarare alla U.S.L. la propria volontà di rientrare nel proprio massimale o quota individuale attraverso la ricusazione delle scelte eccedenti.

Entro i successivi sessanta giorni, sono tenuti a presentare alla propria U.S.L., l'elenco nominativo degli assistiti ricusati.

Nel caso in cui il medico non esprima la volontà di cui al terzo comma, la U.S.L. provvede al rientro attraverso uno dei seguenti sistemi:

1) cancellazione d'ufficio delle scelte eccedenti il massimale o la quota individuale dando priorità a quelle relative a minori di età inferiore a 6 anni e ad assistiti aventi la propria residenza in ambito territoriale diverso da quello della scelta;

2) cancellazione d'ufficio di tutte le scelte in carico al medico, invitando nel contempo, i cittadini interessati ad effettuare la scelta del pediatra.

Nel periodo intermedio al medico verrà corrisposto un compenso complessivo mensile forfettario convenzionalmente determinato in misura pari al massimale di 800 scelte o a quello individuale se trattasi di medico soggetto a limitazioni, secondo le modalità di cui all'art. 2, punto 9), del regolamento dell'associazione di cui al decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981, fermo restando l'obbligo della prestazione dell'assistenza nei confronti degli assistiti già in carico che ne facessero richiesta.

La cessazione della corresponsione del compenso forfettario avrà effetto con la consegna dell'elenco delle nuove scelte.

La U.S.L. competente è tenuta ad effettuare la consegna dell'elenco delle nuove scelte entro il termine massimo di sessanta giorni.

Qualora l'U.S.L. non abbia posto in essere gli adempimenti di cui sopra l'assessore regionale alla sanità vi provvede direttamente.

Nei casi in cui sia stata costituita, ai fini del rientro nei massimali, l'associazione con medico non inserito negli elenchi per la pediatria, a partire dalla data prevista dal secondo comma della presente norma transitoria è istituito fino al rinnovo del presente accordo, uno speciale elenco regionale articolato per U.S.L. di «medici ex associati». I medici inseriti in tale elenco non fanno parte dell'elenco dei medici pediatri di cui all'art. 4, primo comma.

Possono essere inseriti in tale elenco i pediatri che alla data del 31 dicembre 1986 erano associati da almeno 18 mesi e percepivano emolumenti per almeno 100 quote capitarie.

Ai medici suddetti viene attribuito un codice regionale ed un massimale individuale provvisorio pari a 350 scelte o, se più elevato, pari al numero delle quote per le quali veniva retribuito alla data del 31 dicembre 1986.

L'attribuzione del massimale di cui sopra consente l'acquisizione di scelte diverse da quelle provenienti dal titolare dell'associazione soltanto ai fini della reintegrazione del massimale di 350 scelte.

In caso di cessazione del rapporto convenzionale del medico titolare nell'arco di validità del presente accordo, al medico ex associato possono essere attribuite scelte già in carico al titolare fino ad un massimale pari a 600.

I pediatri inseriti nell'elenco speciale devono essere in possesso di tutti i requisiti soggettivi ed oggettivi previsti dal presente accordo per i pediatri convenzionati.

A tali medici, oltre ai normali compensi riferiti alle scelte di cui diventano titolari, continuano ad essere corrisposti — fino al compimento delle operazioni di rientro interessanti il medico associante e comunque per non oltre tre mesi — i compensi di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 883/84 relativi alle scelte ancora in carico in eccedenza al medico associante.

Norma transitoria n. 2

In attesa dell'applicazione della presente convenzione le commissioni e i comitati costituiti ai sensi degli articoli 8, 9, 11 e 12 del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 sono confermati in carica.

Norma transitoria n. 3

Le parti convengono che per l'anno 1987 hanno valore le graduatorie regionali formate nell'anno 1986 sulla base dei criteri di cui all'accordo collettivo nazionale 16 ottobre 1984, n. 883.

Norma transitoria n. 4

Nelle more di una regolamentazione e dei rapporti fra sanità civile e sanità militare, che partendo dalle indicazioni dell'art. 11 della legge n. 833/78 consenta una effettiva integrazione fra i due sistemi a tutto vantaggio dei cittadini che prestano servizio militare e con piena utilizzazione delle strutture sanitarie militari, la norma di cui al quinto comma dell'art. 7 viene estesa ai medici militari.

Vengono fatte salve situazioni particolari di carenza di medici civili in aree prive di collegamenti funzionali con i servizi territoriali delle UU.SS.LL., nelle quali risiedono i familiari di militari.

Norma transitoria n. 5

Nelle regioni in cui esistano difficoltà tecniche per il puntuale aggiornamento degli elenchi delle scelte in carico ai pediatri, si conviene transitoriamente che il numero dei pediatri iscrivibili negli elenchi è determinato in base al rapporto di un medico per 600 o frazione di 600 superiore a 300 assistibili in età compresa fra 0 e 14 anni.

Dichiarazione a verbale n. 1

Le parti riconoscono l'opportunità che nell'ambito della guardia medica sia valutata positivamente la possibilità di prevedere l'intervento del pediatra attraverso modalità da concordare.

Dichiarazione a verbale n. 2

Le parti convengono che i compiti affidati dal presente accordo all'A.N.C.I. regionale saranno espletati dall'assemblea dei presidenti delle UU.SS.LL. interessate quando la sezione regionale dell'A.N.C.I. non risulti costituita.

Dichiarazione a verbale n. 3

Le parti chiariscono che le dizioni regione, amministrazione regionale, giunta regionale, assessore regionale alla sanità usate nel testo dell'accordo valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle province autonome di Trento e Bolzano.

Chiariscono inoltre che le dizioni «ordine dei medici», «federazione regionale degli ordini dei medici» e «federazione nazionale degli ordini dei medici» vanno intese come «ordine dei medici e degli odontoiatri», «federazione regionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri» e «federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri».

Dichiarazione a verbale n. 4

Per quanto concerne l'allegato *B)* le parti richiamano integralmente lo schema di domanda annesso sotto la lettera *B)* al decreto del Presidente della Repubblica n. 883/84.

Dichiarazione a verbale n. 5

Il Ministero della sanità conviene che tra i titoli di servizio valutabili ai fini dei concorsi per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale sia dato rilievo all'attività di medico pediatra di libera scelta.

Dichiarazione a verbale n. 6

Le parti si impegnano ad assumere iniziative per lo studio e l'attuazione di un piano organico finalizzato alla profilassi della carie dentale della popolazione infantile, avvalendosi, eventualmente, anche della collaborazione delle associazioni scientifiche e culturali della categoria.

ALLEGATO *A*

PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE ESEGUIBILI SENZA IMPEGNATIVA

1) Sutura di ferita superficiale	L. 30.000
2) Rimozione punti di sutura	» 20.000
3) Fleboclisi (unica)	» 20.000
4) Lavanda gastrica	» 20.000
5) Trattamento con antidoti in corso di intossicazioni	» 15.000
6) Tamponamento nasale anteriore	» 15.000
7) Estrazione corpo estraneo dal naso	» 20.000
8) Estrazione corpo estraneo dall'orecchio	» 20.000
9) Tappo cerume (CUE estrazione)	» 15.000
10) Prima medicazione	» 20.000

11) Medicazioni successive . . . . L. 10.000
12) Riduzione incrienta di fimosi e parafimosi . . . . . » 20.000
13) Riduzione di ernia ombelicale. . . . . » 20.000
14) Riduzione di ernia inguinale . . . . » 20.000
15) Sbrigliamentoinechia piccole labbra. . . . . » 20.000
16) Toilette di perionichia suppurata . . . . » 20.000
17) Riduzione della pronazione dolorosa della ulna . . » 40.000
18) Riduzione della sublussazione articolazione scapolo-omerale. . . . . » 40.000
19) Terapia iniettoria desensibilizzante per seduta. . . . » 15.000
20) Iniezione di gammaglobuline specifiche . . . . » 15.000
21) Diatermocoagulazione cutanea. . . . . » 20.000
22) Asportazione di verruche . . . . » 20.000
23) Spirometria (spirometro a cuneo, Peak-flow e simili) » 30.000
24) Urine: esame con strisce reattive multiple. . . . . . » 5.000
25) Iniezione endovenosa . . . . » 15.000
26) Schotch-test per ossiuri. . . . . » 15.000
27) Reazione alla tubercolina (Tine-Test). . . . . » 15.000
28) Allergometria tubercolina . . . . » 30.000
29) Ricerca streptococco A. . . . . » 15.000
30) Tampone faringeo: prelievo per esame batteriologico » 5.000
31) Trattamento mastopatia suppurata in neonati . . . » 20.000
32) Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo . . » 50.000
33) Glicemia su sangue capillare con spettrofotometro o colorimetro. . . . . » 10.000
34) Azotemia (come sopra). . . . . » 10.000
35) VES. . . . . » 10.000
36) Bilirubina (in età neonatale). . . . . » 10.000
37) Screening per l'ambliopia . . . . » 40.000
38) Boel test (screening audiometrico entro il 1° anno di età) . . . . » 40.000

PRESTAZIONI DI PARTICOLARE PROFESSIONALITÀ O IMPEGNO ESEGUIBILI CON IMPEGNATIVA

A) Test cutanei per allergopatie. . . . . L. 50.000
B) Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide per singola prestazione . . . . » 10.000

ALLEGATO *C*

SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

Caro collega,
invio in ospedale .... l .... paziente sig.........................
....

1) Motivo del ricovero..
....
....

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto
....
....
....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria ....
....
....
....
....
....
....
....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata, in busta chiusa, una esauriente relazione clinica.

Data, ...

Dott. ....

Recapito telefonico...

ALLEGATO *D*

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

I rapporti economici tra medico sostituto e quello sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi dalla U.S.L., sono regolati tenendo conto dell'uso delle attrezzature e delle altre spese oltre che della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

L'onorario professionale e il compenso di variazione degli indici del costo della vita, se percepito dal medico sostituito, devono essere corrisposti al medico sostituto.

Se il medico sostituto svolge la propria attività professionale usufruendo dello studio e delle attrezzature del medico sostituito, a detto medico sostituto spetta il 15% del concorso delle spese per la produzione del reddito, in quanto quest'ultimo utilizza il proprio mezzo di trasporto per l'espletamento delle visite domiciliari.

L'indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale rimane di esclusiva competenza del medico sostituito.

La variazione relativa alla maggiore o minore morbilità si individua nella misura del 20%, per cui nei mesi di aprile-maggio, ottobre-novembre, al medico sostituto, sarà corrisposta, secondo le modalità anzidette, la cifra globale sopra individuata.

Tale cifra sarà aumentata del 20% nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo e sarà diminuita del 20% nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833, SOTTOSCRITTO IL 5 MARZO 1987.

Ministro della sanità: DONAT CATTIN

Ministro del tesoro: GORIA

Ministro del lavoro: BORRUSO

Regioni:

Toscana: MENCHETTI
Veneto: BOGONI
Emilia-Romagna: ZAGATTI
Lazio: ZIANTONI
Piemonte: OLIVIERI
Umbria: GUIDI

A.N.C.I.: ACOCELLA, PANELLA, MORUZZI, FREDDI, FORNI, BELCASTRO

U.N.C.E.M.: GONZI, POLI

FIMP: MURCIO

F.N.OO.MM.: PARODI

NOTE

Note alle premesse:

— Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è riportato nella nota al dispositivo del decreto.

— Il testo dell'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, recante: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)» è riportato nella nota all'art. 32, comma 1°.

Nota al dispositivo del decreto:

Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 48 *(Personale a rapporto convenzionale).* — L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, da cinque rappresentanti designati dalle Regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'art. 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro trenta giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati in ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle Regioni, previa domanda motivata all'unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e al numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'articolo 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i Collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere dentologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e i collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 28 ottobre 1976, n. 289».

Nota all'art. 1, comma 2°, dell'accordo:

— Per il testo dell'art. 48 della legge n. 833/1978 v. nota al dispositivo del decreto.

Note all'art. 2, comma 1° lettera a):

— Il testo dell'art. 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 47 *(Personale dipendente).* — Lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente articolo, secondo i principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego.

In relazione a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 13, la gestione amministrativa del personale delle unità sanitarie locali è demandata all'organo di gestione delle stesse, dal quale il suddetto personale dipendente sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo.

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 30 giugno 1979, su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i Ministri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare, salvo quanto previsto dall'ottavo comma del presente articolo, lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

1) assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale;

2) disciplinare i ruoli del personale sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo;

3) definire le tabelle di equiparazione per il personale proveniente dagli enti e dalle amministrazioni le cui funzioni sono trasferite ai comuni per essere esercitate mediante le unità sanitarie locali e provvedere a regolare i trattamenti di previdenza e di quiescenza, compresi gli eventuali trattamenti integrativi di cui all'articolo 14 della legge 20 marzo 1975, n. 70;

4) garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici e veterinari dipendenti dalle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'articolo 42. Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività;

5) prevedere misure rivolte a favorire, particolarmente per i medici a tempo pieno, l'esercizio delle attività didattiche e scientifiche e ad ottenere, su richiesta, il comando per ragioni di aggiornamento tecnico scientifico;

6) fissare le modalità per l'aggiornamento obbligatorio professionale del personale;

7) prevedere disposizioni per rendere omogeneo il trattamento economico complessivo e per equiparare gli istituti normativi aventi carattere economico del personale sanitario universitario operante nelle strutture convenzionate con quelli del personale delle unità sanitarie locali.

Ai fini di una efficace organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali, le norme delegate di cui al comma precedente, oltre a demandare alla regione il potere di emanare norme per la loro attuazione ai sensi dell'articolo 117, ultimo comma, della Costituzione, dovranno prevedere:

1) criteri generali per l'istituzione e la gestione da parte di ogni regione di ruoli nominativi regionali del personale del Servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali. Il personale in servizio presso le unità sanitarie locali sarà collocato nei diversi ruoli in rapporto a titoli e criteri fissati con decreto del Ministro della sanità. Tali ruoli hanno valore anche ai fini dei trasferimenti, delle promozioni e dei concorsi;

2) criteri generali per i comandi o per i trasferimenti nell'ambito del territorio regionale;

3) criteri generali per la regolamentazione, in sede di accordo nazionale unico, della mobilità del personale;

4) disposizione per disciplinare i concorsi pubblici, che devono essere banditi dalla regione su richiesta delle unità sanitarie locali, e per l'efficacia delle graduatorie da utilizzare anche ai fini del diritto di scelta tra i posti messi a concorso;

5) disposizioni volte a stabilire che nell'ambito delle singole unità sanitarie locali l'assunzione avviene nella qualifica funzionale e non nel posto.

I decreti delegati di cui al terzo comma del presente articolo prevedono altresì norme riguardanti:

a) i criteri per la valutazione, anche ai fini di pubblici concorsi, dei servizi e dei titoli di candidati che hanno svolto la loro attività o nelle strutture sanitarie degli enti di cui all'articolo 41 o in quelle convenzionate a norma dell'articolo 43 fatti salvi i diritti acquisiti ai sensi dell'articolo 129 del decreto del Presidente della Repubblica n. 130 del 27 marzo 1969;

b) la quota massima dei posti vacanti che le regioni possono riservare, per un tempo determinato, a personale in servizio a rapporto di impiego continuativo presso strutture convenzionate che cessino il rapporto convenzionale nonché le modalità ed i criteri per i relativi concorsi;

c) le modalità ed i criteri per l'immissione nei ruoli regionali di cui al n. 1) del precedente comma previo concorso, riservato, del personale non di ruolo addetto esclusivamente e, in modo continuativo, ai servizi sanitari in data non successiva al 30 giugno 1978 ed in servizio all'atto dell'entrata in vigore della presente legge presso regioni, comuni, province, loro consorzi e istituzioni ospedaliere pubbliche.

Le unità sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della regione, individuano le strutture, le divisioni ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo pieno e prescrivono, anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture, divisioni e servizi, la prestazione del servizio a tempo pieno.

In riferimento al comma precedente, i relativi bandi di concorso per posti vacanti prescrivono il rapporto di lavoro a tempo pieno.

Il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del rapporto d'impiego di tutto il personale sono disciplinati mediante accordo nazionale unico, di durata triennale, stipulato tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale delle categorie interessate. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro trenta giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

È fatto divieto di concedere al personale delle unità sanitarie locali compensi, indennità o assegni di qualsiasi genere e natura che modifichino direttamente o indirettamente il trattamento economico previsto dal decreto di cui al precedente comma. Allo scopo di garantire la parificazione delle lingue italiana e tedesca nel servizio sanitario, è fatta salva l'indennità di bilinguismo in provincia di Bolzano. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma sono nulli di diritto e comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Il Ministero della difesa può stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali per prestazioni professionali presso l'organizzazione sanitaria militare da parte del personale delle unità sanitarie locali nei limiti di orario previsto per detto personale».

— Per il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, V. nota al dispositivo del decreto.

Nota all'art. 2, comma 1°, lettera g):

Il decreto ministeriale 15 ottobre 1976 reca: «Regolamenti dei fondi di previdenza a favore dei medici mutualisti: ambulatoriali, generici e specialisti esterni».

Nota all'art. 2, comma 1°, lettera g):

Il testo dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 43 *(Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie).* — La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui all'articolo 41, primo comma, che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, su quelle convenzionate di cui all'articolo 26, e sulle aziende termali e definisce le caratteristiche funzionali cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali. Restano ferme le funzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui all'articolo 41, primo comma, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni a carattere privato che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla Regione, su domanda da presentarsi entro i termini stabiliti con legge regionale, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, sempre che il piano sanitario regionale preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al comma precedente devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e devono prevedere fra l'altro forme e modalità per assicurare l'integrazione dei relativi presidi con quelli delle unità sanitarie locali.

Sino alla emanazione della legge regionale di cui al primo comma rimangono in vigore gli articoli 51, 52 e 53, primo e secondo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e il decreto del Ministro della sanità in data 5 agosto 1977, adottato ai sensi del predetto articolo 51 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 31 agosto 1977, n. 236, nonché gli articoli 194, 195, 196, 197 e 198 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, intendendosi sostituiti al Ministero della sanità la regione e al medico provinciale e al prefetto il presidente della giunta regionale».

Nota all'art. 2, comma 1°, lettera h):

Il testo dell'art. 35, del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, è il seguente:

«Art. 35 *(Rapporto di lavoro del personale medico).* — Il rapporto di lavoro del personale medico può essere a tempo pieno o a tempo definito.

Il rapporto di lavoro a tempo pieno comporta:

a) l'obbligo di prestare 40 ore settimanali di servizio, salvo quanto previsto dall'accordo nazionale unico;

b) la totale disponibilità per tutti i servizi dell'unità sanitaria locale nell'ambito delle funzioni della posizione funzionale e della disciplina propria degli interessati;

c) il diritto all'attività libero-professionale al di fuori dei servizi e delle strutture dell'unità sanitaria locale, limitatamente a consulti e a consulenze, non continuativi, sulla base di norme regionali;

d) il diritto all'esercizio dell'attività libero-professionale nell'ambito dei servizi, presidi e strutture dell'unità sanitaria locale, sulla base di norme regionali;

e) la preferenza per gli incarichi didattici e di ricerca e per i comandi ed i corsi di aggiornamento tecnico-scientifico e professionale;

f) la priorità per l'esercizio di attività consultive e tecniche, richieste da terzi dall'unità sanitaria locale, da svolgere oltre l'orario di lavoro e anche fuori dalla sede di servizio.

Salvo quanto previsto dall'articolo 47, sesto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il rapporto di lavoro a tempo pieno è concesso a domanda. Del pari a domanda è concesso il passaggio dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo definito. Sulla domanda decide il comitato di gestione. La mancata concessione del passaggio a tempo definito deve essere motivata in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di riserva.

Il personale assunto con i concorsi di cui al settimo comma dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, può chiedere il passaggio dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo definito qualora siano mutate le esigenze di cui al sesto comma del richiamato articolo 47 o a seguito del trasferimento ad altra struttura, divisione o servizio che non comporti l'osservanza del tempo pieno.

Il rapporto di lavoro a tempo definito comporta:

a) l'obbligo di prestare 30 ore settimanali di servizio, salvo quanto previsto dall'accordo nazionale unico;

b) la totale disponibilità, entro l'orario di servizio, per tutti i servizi dell'unità sanitaria locale, nell'ambito delle funzioni, della posizione funzionale e della disciplina propria degli interessati;

c) la facoltà di esercitare l'attività libero-professionale, anche fuori dei servizi e delle strutture dell'unità sanitaria locale, purché tale attività non sia prestata con rapporto di lavoro subordinato, non sia in contrasto con gli interessi ed i fini istituzionali dell'unità sanitaria locale stessa, né sia incompatibile con gli orari di lavoro, secondo modalità e limiti previsti dalla legge regionale;

d) la facoltà di esercitare l'attività libero-professionale in regime convenzionale, secondo le modalità ed i limiti stabiliti dagli accordi nazionali di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

L'attività libero-professionale, all'interno e all'esterno delle strutture e dei servizi dell'unità sanitaria locale, è intesa a favorire esperienze di pratica professionale, contatti con i problemi della prevenzione, cura e riabilitazione e aggiornamento tecnico-scientifico e professionale nell'interesse degli utenti e della collettività.

L'attività libero-professionale all'interno delle strutture e dei servizi dell'unità sanitaria locale è esercitata:

a) in costanza di ricovero; nelle strutture di ricovero ospedaliero debbono essere predisposti e realizzati appositi spazi distinti e specifici — entro il limite variabile di posti letto dal quattro al dieci per cento del totale — che possono anche prescindere, in mancanza di camere separate, da riferimenti a livello di confort alberghiero. Detta attività viene svolta in equipe ed è comprensiva dei servizi connessi;

b) in regime ambulatoriale, con utilizzo delle relative strutture, secondo modalità organizzative stabilite dall'unità sanitaria locale in accordo con i sanitari interessati; tale attività libero-professionale deve essere svolta in orari diversi da quelli stabiliti per l'attività ambulatoriale ordinaria, eccezione fatta per i servizi che per esigenze tecniche non lo consentono, per i quali deve essere previsto un plus orario.

Le tariffe minime e massime per le prestazioni libero-professionali, nell'ambito dei servizi e delle strutture dell'unità sanitaria locale e per le attività di consulenza sono determinate con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. Le modalità di attribuzione dei relativi proventi sono disciplinate nell'accordo nazionale unico.

Le regioni, qualora le unità sanitarie locali non siano in grado di assicurare l'esercizio del diritto alla libera attività professionale all'interno delle proprie strutture per accertate, obiettive carenze delle medesime o per obiettive impossibilità organizzative, devono provvedere a garantire tale diritto, nel rispetto delle vigenti norme sull'esercizio della libera attività professionale intramurale, anche mediante l'utilizzazione di strutture private. L'utilizzazione di dette strutture è regolata da apposite convenzioni che le unità sanitarie locali dovranno stipulare in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le disposizioni del presente articolo si applicano, per la parte compatibile, anche ai medici dipendenti dagli istituti universitari, dai policlinici convenzionati e dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Per i medici universitari, in considerazione delle altre attività rientranti nei loro compiti istituzionali, l'opzione per il tempo pieno è reversibile in relazione a motivate esigenze didattiche e di ricerca.

L'orario settimanale di servizio di ciascun medico universitario, per lo svolgimento delle proprie mansioni didattiche, di ricerca e assistenziali, è globalmente considerato corrispondente a quello previsto rispettivamente per il rapporto di lavoro a tempo pieno e per il rapporto di lavoro a tempo definito.

L'esigenza assistenziale delle strutture universitarie convenzionate secondo quanto sarà stabilito nelle convenzioni da stipulare ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, va assicurata dal personale medico universitario globalmente considerato ».

Nota all'art. 6, comma 1°, lettera h) e lettera l):

Il D.M. 10 marzo 1983 reca: «Elenco delle discipline equipollenti ed affini rispetto alle discipline oggetto degli esami di idoneità e dei concorsi presso le unità sanitarie locali valevole per la formazione delle commissioni esaminatrici e per la valutazione dei titoli negli esami di idoneità e nei concorsi di assunzione dei medici, farmacisti e veterinari presso le unità sanitarie locali».

Nota all'art. 6, comma 1°, lettera i):

La legge 18 aprile 1975, n. 148, reca: «Disciplina sull'assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico. Servizio del personale medico. Dipartimento. Modifica e integrazione dei decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, numeri 130 e 128».

Nota all'art. 7 comma 2°:

Il testo dell'art. 9 della legge 29 giugno 1977, n. 349, è il seguente:

«Art. 9. — Per le categorie mediche le convenzioni uniche devono prevedere la disciplina unitaria dei rapporti convenzionali che ciascun medico può stipulare con gli enti e casse mutue.

Sarà in particolare fissato:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che possono essere convenzionati in ogni comune o consorzio di comuni, comunità montane o ambiti territoriali all'uopo definiti dalla regione e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, fatto salvo il principio del reale diritto di libera scelta del medico anche per i lavoratori autonomi;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali.

All'iscrizione negli elenchi unici avranno diritto anche i medici aventi residenza in altra provincia, secondo le modalità che verranno fissate nelle convenzioni, tenuto conto per la provincia di Bolzano dello statuto di autonomia e delle norme di attuazione relative.

L'accesso alla convenzione è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

3) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili;

la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore;

il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati;

le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione.

Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, previa domanda motivata del rappresentante degli enti e gestioni estinti sentiti i comuni interessati;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche;

6) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate di diagnosi, cura e medicina preventiva: saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

la determinazione della misura dei contributi previdenziali e delle modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 15 ottobre 1976;

7) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici agli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

8) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

9) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

10) la semplificazione e l'uniformità per tutti gli enti e casse mutue degli adempimenti amministrativi cui è tenuto il medico convenzionato;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) le modalità per garantire comunque agli assistiti le prestazioni attualmente in atto, in attesa che un'equa distribuzione dei medici assicuri eguale assistenza su tutto il territorio;

14) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio;

15) l'utilizzazione, su richiesta delle regioni o degli enti locali, presso i servizi pubblici del territorio degli specialisti ambulatoriali, con onere a carico dell'ente con cui sono convenzionati.

Le convenzioni non dovranno prevedere alcun maggiore onere con decorrenza anteriore al 1° gennaio 1978.

Le convenzioni uniche devono prevedere una disciplina per quanto possibile uniforme degli istituti normativi comuni a tutte le categorie mediche e devono tendere a realizzare una regolamentazione unitaria del lavoro medico nell'ambito delle strutture dell'istituendo Servizio sanitario nazionale.

I criteri di cui ai commi precedenti si estendono alle convenzioni uniche per le categorie non mediche indicate all'articolo 7, in quanto applicabili».

Nota all'art. 14, comma 2°:

Il testo dell'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 25 *(Prestazioni di cura)*. — Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica.

Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.

L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del Servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino.

La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata.

Le prestazioni medico specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono fornite, di norma, presso gli ambulatori e i presìdi delle unità sanitarie locali di cui l'utente fa parte, ivi compresi gli istituti di cui agli articoli 39, 41 e 42 della presente legge.

Le stesse prestazioni possono essere fornite da gabinetti specialistici, da ambulatori e da presidi convenzionati ai sensi della presente legge.

L'utente può accedere agli ambulatori e strutture convenzionati per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio per le quali, nel termine di tre giorni, le strutture pubbliche non siano in grado di soddisfare la richiesta di accesso alle prestazioni stesse. In tal caso l'unità sanitaria locale rilascia immediatamente l'autorizzazione con apposita annotazione sulla richiesta stessa.

Nei casi di richiesta urgente motivata da parte del medico in relazione a particolari condizioni di salute del paziente, il mancato soddisfacimento della richiesta presso le strutture di cui al sesto comma equivale ad autorizzazione ad accedere agli ambulatori o strutture convenzionati. In tal caso l'unità sanitaria locale appone sulla richiesta la relativa annotazione.

Le unità sanitarie locali attuano misure idonee a garantire che le prestazioni urgenti siano erogate con priorità nell'ambito delle loro strutture.

Le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche a domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri.

I presidi di diagnostica strumentale e di laboratorio devono rispondere ai requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e qualificazione funzionale del personale, aventi caratteristiche uniformi per tutto il territorio nazionale secondo uno schema tipo emanato ai sensi del primo comma dell'art. 5 della presente legge.

L'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti nel territorio della regione di residenza dell'utente.

Nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati, la legge regionale, in rapporto ai criteri di programmazione stabiliti nel piano sanitario nazionale, disciplina i casi in cui è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicate fuori del proprio territorio, nonché i casi nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta».

Nota all'art. 15, comma 1°:

Il testo dell'art. 7 della legge 7 agosto 1982, n. 526, è il seguente:

«Art. 7. — Entro sessanta giorni dalla data di approvazione della presente legge le unità sanitarie locali aggiornano gli elenchi dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale assistibili dai medici di medicina generale e dai pediatri convenzionati, cancellando altresì i nominativi di coloro che anche temporaneamente fruiscano dell'assistenza sanitaria erogata dallo Stato ai sensi dell'articolo 6, punti *v)* e *z)*, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dell'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618, e dell'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 620.

Le regioni dettano norme per la ripetizione entro il 31 dicembre 1982 delle somme indebitamente percepite.

Ai fini indicati nei precedenti commi gli uffici che ancora detengono gli elenchi degli assistibili sono tenuti a comunicarli entro il termine di quindici giorni ai comitati di gestione delle unità sanitarie locali.

Nelle regioni ove non siano entrate in funzione le unità sanitarie locali alla data di entrata in vigore della presente legge, all'aggiornamento degli elenchi provvede il commissario liquidatore regionale nominato ai sensi dell'articolo 1 del decreto-legge 30 aprile 1981, n. 168, convertito, con modificazioni, nella legge 27 giugno 1981, n. 331».

Nota all'art. 24, comma 3°.

Il testo dell'art. 11 del D.-L. 12 settembre 1983, n. 463, convertito nella legge 11 novembre 1983, n. 638, è il seguente:

«Art. 11. — Sono esentati dal pagamento delle quote di partecipazione di chi all'articolo 10 gli utenti del Servizio sanitario nazionale che abbiano nell'anno precedente un reddito personale assoggettabile ai fini dell'IRPEF non superiore a L. 4.500.000 o che appartengano a famiglia i cui componenti, compreso l'assistito, abbiano in detto anno redditi assoggettabili ai fini dell'IRPEF per un importo complessivo non superiore a L. 4.000.000 aumentato di L. 500.000 per ogni componente oltre il dichiarante.

Sono esentati altresì dal pagamento delle quote di partecipazione di cui all'articolo 10 gli invalidi civili e del lavoro nei cui confronti sia stata accertata una riduzione della capacità lavorativa nella misura superiore ai due terzi, gli invalidi di guerra o per servizio per una menomazione dell'integrità fisica ascrivibile alle categorie dalla 1ª alla 5ª della tabella *A* allegata alla legge 18 marzo 1968, n. 313, i privi della vista o sordomuti indicati, rispettivamente, dagli articoli 6 e 7 della legge 2 aprile 1968, n. 482. Sono altresì esentati gli invalidi civili con assegno di accompagnamento, di cui all'articolo 17 della legge 30 marzo 1971, n. 118. Sono comunque concesse gratuitamente alle categorie sopra indicate le prestazioni ortopediche e protesiche connesse alle invalidità che saranno determinate con decreto del Ministro della sanità, sentito il Servizio sanitario nazionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

Restano in vigore, ai fini delle esenzioni di cui ai commi precedenti, le disposizioni dell'articolo 12 della legge 26 aprile 1982, n. 181, non modificato dal presente articolo.

Gli estremi del documento previsto dall'articolo 12, ottavo comma, della legge 26 aprile 1982, n. 181, attestante il diritto alla esenzione di cui ai commi precedenti, sono riportati dal medico sulla prescrizione.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, ai fini della prevenzione e della cura di forme morbose di particolare rilevanza sociale o di peculiare interesse per la tutela della salute pubblica, stabilisce, con proprio decreto, entro novanta giorni, norme rivolte ad indicare i soggetti esentati dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Le disposizioni di cui all'art. 10, comma nono, non vengono applicate per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio conseguenti ad interventi ed a campagne di prevenzione (medicina scolastica, medicina dello sport, tutela sanitaria negli ambienti e nei luoghi di lavoro, prevenzione oncologica), previste dal piano sanitario nazionale.

Sono esentati dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa farmaceutica ed alla spesa sulle prestazioni di diagnostica strumentale o di laboratorio i lavoratori soggetti alla tutela assicurativa di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, e gli invalidi di guerra e per servizio che necessitano di cure prescritte da medici convenzionati o dipendenti da strutture pubbliche o convenzionate, in dipendenza, rispettivamente di infortuni sul lavoro o di malattie professionali e di infermità riconosciute per cause di guerra o di servizio.

Le amministrazioni che gestiscono l'assicurazione obbligatoria di cui al precedente comma rimborsano al fondo sanitario nazionale gli oneri relativi, mediante un contributo nella misura e secondo le modalità determinate annualmente con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro.

Le autocertificazioni di cui alle disposizioni dell'articolo 12, nono comma, lettera *a)*, della legge 26 aprile 1982, n. 181, devono riportare per ciascun componente della famiglia il numero di codice fiscale e l'indicazione dell'ufficio al quale sono state presentate le dichiarazioni dei redditi cui le autocertificazioni stesse si riferiscono. L'unità sanitaria locale verifica la veridicità di almeno il tre per cento delle autocertificazioni e trasmette quelle assoggettate a verifica agli uffici finanziari indicati nelle autocertificazioni, che ne tengono conto nell'ambito della propria competenza.

Nell'ambito dei controlli sistematici di cui al secondo comma dell'articolo 1 della legge 7 agosto 1982, n. 526, l'unità sanitaria locale è tenuta ad effettuare indagini a campione con frequenza annuale sulle prescrizioni rilasciate dai medici convenzionati, comunicandone risultati al Ministero della sanità ed alla regione. Analogamente si procede per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio eseguite presso gli ambulatori e strutture private convenzionati.

All'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181, dopo il terzo comma, sono aggiunti i seguenti:

"In caso di inerzia o di ingiustificato ritardo delle unità sanitarie locali nella cura e degli adempimenti previsti dagli articoli 1, secondo comma, 3, 5, secondo comma, e 7 della legge 7 agosto 1982, n. 526, e dell'articolo 11, commi 8 e 9, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, nonché in ogni altro caso di ingiustificata in ottemperanza ad obblighi imposti da atti normativi e da disposizioni regionali derivanti da atti di

indirizzo e di coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa diffida, adottano i provvedimenti omessi o comunque necessari, anche mediante l'invio di appositi commissari.

Lo stesso potere e con le modalità indicate al comma precedente è attribuito al Ministro della sanità, su segnalazione del commissario del Governo, quando la regione o provincia autonoma non vi provveda."».

Nota all'art. 29, lettera A), *lettera* D), *punto 1, lettera* E), *punto 1:*

Il testo dell'art. 34, lettere *a), b)* e *c)* del D.P.R. 16 ottobre 1984, n. 883, è il seguente:

«Art. 34 *(Trattamento economico).* — Il trattamento economico del medico pediatra iscritto negli elenchi si compone delle seguenti voci:

a) onorario professionale e quota integrativa proporzionale;

b) concorso nelle spese di produzione del reddito;

c) indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale;

d) compenso di variazione degli indici del costo della vita;

e) contributo previdenziale e di malattia.

In particolare:

(a) *Onorario professionale e quota integrativa proporzionale.*

Ai medici pediatri iscritti negli elenchi è corrisposto per ciascun assistibile in carico di età compresa fra 0 e 12 anni il compenso forfettario annuo di cui alla colonna *b)* della seguente tabella e una quota integrativa professionale (colonna *c)* della tabella, articolata per anzianità di specializzazione in relazione al disposto dell'art. 48, 3° comma, punto 7 della legge 833/78.

Onorario professionale e quota integrativa vengono corrisposti mensilmente in dodicesimi.

Le variazioni della quota integrativa saranno effettuate una sola volta all'anno: il 1° gennaio dell'anno in considerazione se la variazione cade entro il 30 giugno o il 1° gennaio successivo se la variazione cade tra il 1° luglio e il 31 dicembre.

Anzianità di specializzazione del pediatra *(a)*	Onorario *(b)*	Quota integrativa proporzionale *(c)*	Totale *(d)*
Da 0 fino a 2 anni	30.000	7.716	37.716
Oltre 2 fino a 9 anni	30.000	11.490	41.490
Oltre 9 fino a 16 anni	30.000	15.263	45.263
Oltre 16 anni	30.000	19.032	49.032

(b) *Concorso nelle spese di produzione del reddito.*

Ai medici pediatri iscritti negli elenchi è corrisposto un concorso nelle spese sostenute in relazione alle attività professionali ed in particolare per la disponibilità dello studio medico con locale di attesa e servizi, per la disponibilità del telefono, per i mezzi di trasporto necessari e per ogni altro strumento utile allo svolgimento dell'attività a favore degli assistiti.

Il concorso nelle spese è corrisposto nella misura di lire 12.500 annue ad assistibile fino al limite del massimale individuale o della diversa quota individuale.

Nulla è dovuto per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

A decorrere dal 1° gennaio 1984 il concorso nelle spese per la produzione del reddito è integrato della somma annua di L. 500 per assistibile. Tale somma è corrisposta anche ai medici associati relativamente al numero degli assistibili per i quali i compensi capitari vengono ad essi direttamente liquidati.

Il concorso nelle spese viene erogato mensilmente in acconto dall'U.S.L. in misura intera. Il medico ha l'obbligo di comprovare l'entità delle spese effettivamente sostenute per lo svolgimento dell'attività convenzionata in occasione della presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini dell'IRPEF.

A tale scopo egli presenterà all'U.S.L. la fotocopia, sottoscritta per conformità, del quadro E del mod. 740, per la voce afferente agli introiti, alle spese e agli oneri deducibili (dalla voce 1 alla voce 12).

Qualora il medico abbia denunciato unicamente proventi soggetti a ritenuta di acconto ed essi siano pari ai compensi percepiti per l'attività svolta ai sensi del presente accordo, l'U.S.L., nel caso che il totale delle spese risulti inferiore al concorso nelle spese di produzione del reddito, provvederà a trattenere la somma eccedente sugli emolumenti da corrispondere al medico nei mesi successivi.

Laddove, invece, il medico abbia denunciato proventi di importo superiore ai compensi percepiti per l'attività convenzionata, dovrà essere imputata allo svolgimento di tale attività una percentuale del totale delle spese pari al rapporto tra i proventi derivanti dall'attività convenzionale e il totale degli introiti denunciati.

In questo caso, qualora il medico abbia introitato proventi per prestazioni che non hanno comportato spese professionali, egli potrà dimostrarne alla U.S.L. l'ammontare e l'origine per i conseguenti riflessi sul calcolo di cui al comma precedente.

Il contributo non compete, o compete in misura proporzionalmente ridotta, quando il medico ritenga di avvalersi, per l'espletamento degli obblighi convenzionali, di servizi e personale di collaborazione forniti dall'U.S.L.

In tal caso, l'U.S.L. accerta e documenta le spese sostenute per assicurare al medico convenzionato, per questa sua specifica attività, servizi e personale di collaborazione; ove il medico non concordi, l'accertamento effettuato dalla U.S.L. viene verificato in sede di Comitato ex art. 8, tenendo presente l'entità sia dell'attività convenzionale svolta sia dei compiti di medicina pubblica esercitati nella medesima struttura, nonché l'opportunità di incentivare la più ampia capillarizzazione del servizio pubblico.

Verificata la spesa di cui al comma precedente, essa va imputata innanzitutto alle somme da corrispondere al medico a titolo di concorso nelle spese di produzione del reddito; ove non vi sia capienza, l'eccedenza va imputata alle somme da corrispondere al medico a titolo di indennità forfettaria a copertura del rischio e avviamento professionale di cui al successivo punto *c*).

(c) *Indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale.*

Ai medici pediatri iscritti negli elenchi è corrisposta una indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale nella seguente misura annua di L. 12.500 ad assistibile fino al limite del massimale individuale o della diversa quota individuale.

Nulla è dovuto per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

A decorrere dal 1° gennaio 1984 l'indennità per rischio e avviamento professionale è integrata della somma di L. 2.150 per assistibile. Tale somma è corrisposta anche ai medici associati relativamente al numero degli assistibili per i quali i compensi capitari vengono ad essi direttamente liquidati».

Note all'art. 29, lettera F), *comma 1°:*

— Il testo dell'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica 1° febbraio 1986, n. 13, è il seguente:

«Art. 16 *(Modifica del meccanismo della indennità integrativa speciale)* — L'attuale sistema di adeguamento retributivo al costo della vita è modificato come segue:

a) cadenza semestrale di rivalutazione retributiva: per tale valutazione si fa riferimento al tasso percentuale di incremento risultante dal rapporto fra il valore medio dell'indice sindacale di un semestre rispetto a quello del semestre precedente. Tale tasso percentuale di incremento è arrotondato sulla seconda cifra decimale;

b) rivalutazione del cento per cento di una somma mensile uguale per tutti di L. 580.000 e di una percentuale pari al 25 per cento della quota di retribuzione mensile eccedente tale parte.

I benefici derivanti dalla rivalutazione semestrale delle 580.000 lire indicizzate al 100 per cento costituiscono base per le correlate rivalutazioni dei semestri successivi.

La retribuzione eccedente, sulla quale si calcola il 25 per cento, viene determinata come segue: lo stipendio mensile della qualifica di appartenenza, ottenuto dividendo per dodici quello annuo lordo base in atto il mese precedente a quello dell'adeguamento, più l'indennità integrativa speciale maturata fino a quel momento, meno la quota di retribuzione indicizzata al 100 per cento, come sopra rivalutata;

c) il primo semestre di attuazione decorre dal mese di novembre 1985 e termina il mese di aprile 1986, pertanto il primo adeguamento decorre dal 1° maggio 1986;

d) per la prima applicazione del nuovo meccanismo il tasso percentuale semestrale medio è determinato prendendo come base di riferimento dell'indice sindacale il valore di 134,00.

2. Nel caso di variazione delle imposte indirette, ai fini di un accorpamento delle aliquote e di una loro razionalizzazione saranno concordate tra le delegazioni di cui all'art. 12 della legge 29 marzo 1983, n. 93, modalità e limiti di incidenza di tali variazioni sui prezzi dei beni che compongono il bilancio familiare, assunto a base di calcolo per determinazione dell'indennità di contingenza.

3. L'efficacia del sistema di adeguamento retributivo al costo della vita di cui al presente articolo sarà assicurata per un periodo non inferiore a quattro anni».

— La legge 26 febbraio 1986, n. 38, reca: «Disposizioni in materia di indennità di contingenza».

Nota all'art. 30, comma 2°:

Il testo dell'art. 1, lettera *b)*, del decreto-legge 25 gennaio 1982, n. 16, convertito nella legge 25 marzo 1982, n. 98, è il seguente:

«Art. 1, lett. *b)*. — L'erogazione delle visite occasionali previste dall'articolo 26 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale e dell'articolo 27 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, resi esecutivi con decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981. L'onere per le prestazioni suddette è a carico dei richiedenti e i relativi onorari non possono essere superiori alle somme indicate nei richiamati accordi.

Resta ferma l'erogazione delle visite occasionali nei casi di primo intervento per infortuni sul lavoro, nonché di quelle a favore degli assistiti, temporaneamente in Italia, che siano a carico di istituzioni estere in base a convenzioni internazionali.

Nulla è innovato per quanto riguarda il diritto di accesso ai servizi di cui al quarto comma dell'articolo 19 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ivi compresi quelli di guardia medica festiva e notturna e quelli stagionali di assistenza ai villeggianti previsti dagli accordi nazionali delle località turistiche. È consentito, tuttavia, il rimborso della spesa sostenuta, da richiedersi all'unità sanitaria locale di appartenenza, da parte di:

a) minori degli anni dodici;

b) cittadini di età superiore agli anni sessanta;

c) lavoratori e studenti dimoranti, per ragioni connesse all'attività lavorativa e di studio, fuori dal proprio domicilio;

d) cittadini portatori di handicaps il cui grado di menomazione è superiore all'ottanta per cento ai fini dell'attività lavorativa».

Nota all'art. 32, comma 1°:

Il testo dell'art. 24 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, è il seguente:

«Art. 24. — Al fine di razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime convenzionale, nel rispetto dell'autonomia del segreto professionale dei sanitari convenzionati, gli accordi collettivi nazionali, stipulati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in sede di rinnovo della parte normativa degli stessi, in aggiunta ai criteri definiti dell'anzidetto articolo devono prevedere:

a) le forme di responsabilizzazione degli ordinatori di spesa al fine di contenere le spese da ancorare a parametri prefissati dalla Regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali;

b) l'istituzione di commissioni professionali a livello regionale con la partecipazione di rappresentanti dei medici convenzionati dalla Regione, scelti tra esperti qualificati delle strutture pubbliche universitarie e ospedaliere, e dell'ordine professionale, con il compito di definire gli standards medi assistenziali e di fissare le procedure per le verifiche di qualità dell'assistenza. Nella definizione degli standards medi assistenziali dovranno altresì essere previste le ipotesi di eccessi di spesa che potranno dar luogo, ove non giustificate, a sanzioni da determinarsi secondo i criteri previsti dal punto 8, terzo comma, del richiamato articolo 48;

c) l'impegno dei sanitari convenzionati a fornire informazioni sui servizi prestati anche mediante la prescrizione a lettura automatica standardizzata di cui all'articolo 12 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638, nonché l'obbligo delle unità sanitarie locali di comunicare periodicamente ai sanitari e alle commissioni di cui alla precedente lettera *b)* i dati informativi sul comportamento prescrittivo dei medici convenzionati.

In caso di mancata designazione dei componenti entro 30 giorni dall'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di approvazione dell'accordo collettivo nazionale, la Regione costituisce in via provvisoria la commissione professionale, che resta in attività fino alla costituzione della commissione definitiva.

In applicazione dei principi di contestualità e di omogenizzazione affermati nell'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348, in deroga al primo comma del citato articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli accordi convenzionali, in scadenza o già scaduti al 31 dicembre 1983, sono rinnovati con scadenza al 30 giugno 1985».

Nota alla norma transitoria n. 2:

Il testo degli articoli 8, 9, 11 e 12 del decreto del Presidente della repubblica 16 ottobre 1984, n. 883, è il seguente:

«Art. 8 *(Comitato consultivo di U.S.L.)*. — In ciascuna U.S.L. è costituito un comitato composto da:

il presidente della U.S.L. o suo delegato che lo presiede;

un membro designato dal comitato di gestione dell'U.S.L.;

due rappresentanti dei pediatri convenzionati.

I rappresentanti dei pediatri sono eletti fra i pediatri iscritti nell'elenco della pediatria di libera scelta di ciascuna U.S.L. con il sistema previsto per le elezioni dei consigli direttivi degli ordini dei medici, escluso il *quorum* ai fini della validità dell'elezione, dagli specialisti in pediatria convenzionati iscritti negli elenchi ed operanti nell'ambito della U.S.L. per la quale deve essere istituito il comitato.

Le elezioni dei rappresentanti dei pediatri sono svolte a cura della federazione regionale degli ordini dei medici, avvalendosi della collaborazione degli ordini provinciali, di regola contestualmente alle elezioni dei rappresentanti dei medici di medicina generale.

Casi specifici, manifestatisi attraverso richieste dei cittadini, saranno esaminati dalla U.S.L. competente per territorio sentito il comitato di cui all'art. 8.

Il pediatra può volontariamente limitare il proprio massimale in misura non inferiore a 350 scelte.

L'unità sanitaria locale, tenuto conto dei particolari problemi relativi all'assistenza pediatrica, ha la facoltà di autorizzare il pediatra che abbia raggiunto il proprio massimale o quota individuale ad acquisire nuove scelte con la recusazione contestuale di un pari numero di scelte da scegliere esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 11 anni.

La federazione regionale degli ordini proclama gli eletti. La funzione di segretario è svolta da un funzionario di parte pubblica.

Il comitato ha il compito di esprimere parere obbligatorio sui seguenti argomenti:

1) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 7;

2) autorizzazione di scelte in deroga ai sensi dell'art. 16;

3) motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'ultimo comma dell'art. 17.

Inoltre formula proposte in ordine alla migliore organizzazione della medicina specialistica pediatrica di base».

«Art. 9 *(Comitato consultivo regionale).* — In ciascuna regione è costituito un comitato composto di:

assessore regionale alla sanità o suo delegato con funzioni di presidente;

due rappresentanti delle U.S.L. della regione designati dall'ANCI;

tre rappresentanti dei pediatri convenzionati.

I rappresentanti dei pediatri, che devono essere iscritti nell'elenco regionale della medicina specialistica pediatrica convenzionata vengono eletti dai pediatri iscritti nell'elenco stesso con il sistema elettorale previsto per le elezioni dei consigli direttivi degli ordini dei medici, escluso il *quorum* ai fini della validità delle elezioni.

Le elezioni dei rappresentanti dei medici sono svolte a cura della federazione regionale degli ordini avvalendosi della collaborazione degli ordini provinciali di regola contestualmente alle elezioni dei rappresentanti dei medici di medicina generale.

La federazione regionale proclama gli eletti.

Il comitato regionale è presieduto da un rappresentante di parte pubblica. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario di parte pubblica.

In caso di assenza o di impedimento del Presidente le relative funzioni sono svolte dal componente più anziano di parte pubblica.

La sede del comitato è indicata dalla Regione.

Il comitato predispone le graduatorie regionali dei pediatri convenzionati di cui all'art. 3.

Il comitato deve essere sentito preventivamente dalla regione o dalle U.S.L. su tutti i provvedimenti inerenti l'applicazione del presente accordo, ivi compresa l'attuazione, nell'ambito del territorio della regione, dei servizi di guardia medica e dei programmi di aggiornamento professionale obbligatorio per gli specialisti in pediatria convenzionati.

Il comitato formula proposte ed esprime pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente accordo per un corretto ricorso all'assistenza da parte degli assistibili, anche in riferimento a problemi o situazioni particolari locali che siano ad esso sottoposte dal Presidente o da almeno un terzo dei suoi componenti.

Svolge inoltre ogni altro compito assegnatogli dal presente accordo; la sua attività è comunque finalizzata a fornire indirizzi uniformi per l'applicazione del presente accordo».

«Art. 11 *(Commissione locale di disciplina).* — In ciascuna U.S.L. è istituita una commissione di disciplina composta da due medici nominati dal comitato di gestione dell'U.S.L., due pediatri nominati dal consiglio direttivo dell'ordine dei medici competente per territorio, su designazione unitaria dei sindacati della categoria più rappresentativi a livello regionale.

La commissione è presieduta da un membro di parte medica. La sede della commissione è indicata dall'U.S.L..

Ai fini della nomina di cui al primo comma il presidente della federazione regionale degli ordini dei medici invita, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, i sindacati della categoria a procedere alla designazione unitaria dei medici da nominare.

Nel caso che i sindacati non facciano pervenire detta designazione entro 30 giorni dal ricevimento dell'invito, il consiglio direttivo della federazione regionale degli ordini dei medici provvede direttamente a nominare la rappresentanza medica in seno alla commissione.

I pediatri di nomina ordinistica devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

1) età non inferiore a 40 anni;

2) anzianità di laurea non inferiore a 15 anni e di specializzazione in pediatria non inferiore a 10 anni;

3) attività in pediatria svolta in regime convenzionale per un periodo non inferiore a 7 anni e tuttora convenzionato.

Le funzioni di seguito sono svolte da un funzionario dell'U.S.L.

La commissione esamina i casi dei medici ad essa deferiti per inosservanza delle norme del presente accordo, iniziando la procedura entro un mese dalla data del deferimento.

Al pediatra deferito sono contestati gli addebiti mossigli ed è garantita la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni.

La commissione decide con provvedimento motivato l'adozione di uno dei seguenti provvedimenti: proscioglimento, richiamo, richiamo con diffida, sospensione del rapporto per una durata non superiore a 2 anni, cessazione del rapporto, sospensione cautelare per emissione di ordine o mandato di cattura od arresto».

«Art. 12 *(Commissione regionale di disciplina).* — In ciascuna regione è istituita una commissione di disciplina composta da:

il presidente della federazione regionale degli ordini dei medici, o un suo delegato che la presiede;

quattro medici nominati dalla regione;

tre medici specialisti in pediatria nominati dal consiglio direttivo della federazione regionale degli ordini dei medici, su designazione unitaria dei sindacati della categoria più rappresentativi a livello nazionale.

La sede della commissione è indicata dalla regione.

Ai fini della nomina di cui al primo comma, il presidente della federazione regionale degli ordini dei medici invita, a mezzo lettera raccomandata cn avviso di ricevimento, i sindacati nazionali della categoria a procedere alla designazione dei pediatri da nominare.

Nel caso che i sindacati non facciano pervenire detta designazione entro 30 giorni dal ricevimento dell'invito, il consiglio direttivo della federazione regionale degli ordini dei medici provvede direttamente a nominare la rappresentanza medica in seno alla commissione.

I pediatri di nomina ordinistica devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

1) età non inferiore a 40 anni;

2) anzianità di laurea non inferiore a 15 anni e di specializzazione in pediatria non inferiore a 7 anni;

3) attività di medicina specialistica pediatrica svolta in posizione convenzionale per un periodo non inferiore a 10 anni e tuttora convenzionati.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario della regione.

La commissione decide con provvedimento motivato sui ricorsi presentati confermando, modificando od annullando il provvedimento adottato dalla commissione di cui all'art. 11.

La decisione è definitiva e di essa è data comunicazione a cura del presidente, all'U.S.L. per la notifica all'interessato e l'esecuzione del provvedimento nonché per la comunicazione alla commissione locale di disciplina ed al competente ordine dei medici».

87G0426

GIUSEPPE MARZIALE, *direttore*

FRANCESCO NOCITA, *redattore*
ALFONSO ANDRIANI, *vice redattore*

(8651999) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.

(c. m. 411200871681)

L. 3.500